

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

Obesidade na Adolescência:
A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num
programa de redução de peso
e a sua relação com o suporte parental.

Patrícia Isabel Ferraria Filipe

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Medicina do Adolescente pela Faculdade de Medicina da
Universidade de Lisboa

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**

Obesidade na Adolescência:

**A qualidade de vida dos adolescentes incluídos
num programa de redução de peso
e a sua relação com o suporte parental.**

Patrícia Isabel Ferraria Filipe

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Medicina do
Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2014

Dissertação orientada pela Prof^a. Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos e
Coorientada pela Prof^a. Doutora Maria Helena Regalo da Fonseca.

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva
responsabilidade da sua autora, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade
de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 16 de Dezembro do 2014.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa o culminar de uma etapa importante da minha vida, e por isso, quero agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso.

À Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, agradeço por ter aceitado orientar este projeto e pela força e confiança ao longo da elaboração desta dissertação. Agradeço também pela ajuda indispensável no tratamento estatístico dos dados.

À Professora Doutora Helena Fonseca, agradeço pela disponibilidade para co-orientar esta dissertação, pelo interesse manifestado ao longo de todo o processo de elaboração desta dissertação e por todo o conhecimento transmitido ao longo destes dois anos. Agradeço também pela oportunidade de seguir a Consulta de Obesidade Pediátrica, que muito enriqueceu a minha formação.

Aos adolescentes e suas famílias agradeço pela colaboração e informação prestada.

À minha família, em especial à minha irmã com quem partilhei a minha adolescência, pela motivação e companheirismo durante esta caminhada, mostrando-me que é em cada obstáculo que nos podemos superar. Agradeço também aos meus pais por todo o suporte que me prestaram.

Ao Tito, pela dedicação e paciência ao longo de todo este processo, por me transmitir fazer acreditar que as nossas capacidades vão além do que poderíamos imaginar. Agradeço também os seus pais pelo apoio prestado.

Às minhas colegas Rosa, Rute e Lurdes da Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Sesimbra, pelo apoio e incentivo para o desenvolvimento deste projeto, com as quais tive oportunidade de desenvolver o gosto pelo trabalho com adolescentes.

Aos meus amigos, com quem dividi a minha adolescência.

A todos que de alguma forma tenham participado, apoiado e acreditado na realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AS: Apoio Social

CCS: Condições Crônicas de Saúde

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COP: Consulta de Obesidade Pediátrica

DP: Desvio Padrão

EF: Educação Familiar

EPP: Escala de Percepção de Pais

ESS: Escala Suporte Social

HTA: Hipertensão arterial

IMC: Índice de Massa Corporal

IOTF: International Obesity Task Force

N: Número total da amostra

Nº: Número

NCHS: National Center for Health Statistics

OMS: Organização Mundial de Saúde

p: Significância estatística

P.EX.: Por exemplo

PA: Perímetro Abdominal

QV: Qualidade de Vida

QVrS: Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

R²: Coeficiente de determinação

SS: Suporte Social

SSS: Satisfação com o Suporte Social

UE: União Europeia

vs: versus

WC: Waist Circumference

WHO: World Health Organization

%: Percentagem

α: Alpha

β: Beta

Σ: Somatório

RESUMO

A obesidade é considerada um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial na sociedade moderna, ^(67,91) atingindo cada vez mais adolescentes. No tratamento desta patologia, a avaliação da qualidade de vida e a inclusão da família no processo terapêutico são dois aspetos a ter em consideração.

Os objetivos principais deste estudo são avaliar a qualidade de vida de adolescentes obesos incluídos num programa de tratamento de obesidade e compreender a influência do suporte social da família na percepção da qualidade de vida do adolescente.

Participaram neste estudo 134 adolescentes (55,4% de raparigas) com idade média de 14,4 anos ($dp=1,71$), a frequentar a Consulta de Obesidade Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (HSM), em que 98,5% têm obesidade ou excesso de peso ⁽⁸⁹⁾. Foram avaliados quanto ao índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), Qualidade de Vida relacionada com Saúde (QVrS) e Suporte Social (SS). Participaram 134 familiares (82,7% do sexo feminino, 76,7% mães) com idade média de 44,8 anos que foram avaliados quanto ao IMC e percepção sobre a educação familiar.

Os resultados revelaram que quanto melhor é a percepção dos adolescentes da sua QVrS maior é a satisfação com o SS, relacionando-se inversamente com a maior necessidade de mais atividades associadas ao SS ($p < 0.01$). Verificam-se diferenças significativas quanto ao percentil do PA ⁽¹⁷⁾ quando relacionado o percentil do IMC ≥ 87 (excesso de peso) percentil de IMC ≥ 97 (obesidade) ^(7,89) [F (1,126) 15,464 $p \leq 0,001$]. A percepção dos pais sobre a prática educativa relaciona-se positivamente com a autopercepção global de QVrS dos adolescentes e a noção de satisfação com o SS e inversamente com os valores de percentil do IMC e do PA. Contudo, estes valores não têm significado estatístico. A variação da QVrS é explicada em 34,2% dos casos pela satisfação com o SS, por sua vez o PA e a necessidade de mais atividades associadas ao SS têm influência contrária [F (3,119) 22,166 $p \leq 0,001$].

Os resultados encontrados apontam para que a QVrS a par da satisfação com o SS e representam uma componente importante na abordagem do adolescente obeso e com excesso de peso. Salienta-se também a importância da avaliação do PA enquanto fator mediador. Fazem-se algumas recomendações no sentido de se considerar pertinente o suporte familiar como uma mais-valia na parceria de cuidados, tendo em vista a aquisição de melhores resultados no tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Adolescente, família, obesidade, qualidade de vida, suporte social

ABSTRACT

Obesity is considered one of the greatest challenges of global public health in modern society ^(67,91) increasingly affecting adolescents. In the treatment of this pathology, quality of life and family integration are two aspects to be considered during therapeutic process.

The main objectives of this study are to evaluate the quality of life of obese adolescents included in the obesity treatment program and to understand the influence of social support of the family on the perception of quality of life of adolescents.

134 adolescents (55.4% girls) participated in this study with an average age of 14.4 years ($SD = 1.71$), attending the Pediatric Obesity Consultation, Department of Pediatrics, Hospital de Santa Maria (HSM), 98.5% of whom are obese or overweight ⁽⁸⁹⁾. They have been evaluated for body mass index (BMI), waist circumference (WC), Health Related Quality of Life (HRQoL) and Social Support (SS). 134 family members participated in this study (82.7% female, 76.7% mothers) with an average age of 44.8 years, who were evaluated for BMI and perceptions about family education.

The results revealed that the greater the perception of adolescents is of their HRQoL, the greater their satisfaction with the SS, which is inversely related to a greater need for more activities associated with SS ($p < 0.01$). Statistically, there were no differences between gender and age groups according to BMI, WC, HRQoL and SS. There are significant differences in WC percentile ⁽¹⁷⁾ when associated with BMI \geq 85th percentile (overweight) BMI percentile \geq 97 (obesity) ^(7, 89) [$F (1,126) 15,464 p \leq 0.001$]. The perception of parents about educational practice relates positively with global self perception of HRQoL of adolescents and the notion of satisfaction with the SS, inversely with values of BMI and WC percentile. However, these figures do not have statistical significance. The variation in HRQoL is explained in 34.2% of cases by satisfaction with SS. On the other hand, the WC and the need for more activities associated with the SS have the opposite influence [$F (3,119) 22,166 p \leq 0.001$].

With this work it was concluded that HRQoL along with satisfaction with the SS is an important variable approach in groups of obese adolescents. The importance of evaluating the WC as a mediating factor is also highlighted. Recommendations are put forward in terms of the relevance of considering the family support as an added value in the care partnership, in order to acquire better results in the treatment for obesity.

Keywords: Adolescent, family, obesity, quality of life, social support

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
1.1 OBESIDADE	1
1.2 OBESIDADE E ADOLESCÊNCIA.....	3
1.3 OBESIDADE EM PORTUGAL.....	5
1.4 FAMÍLIA	5
1.5 FAMÍLIA E ADOLESCENCIA	9
1.6 FAMÍLIA E OBESIDADE	12
1.7 QUALIDADE DE VIDA.....	13
1.8 QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE.....	14
1.9 SUPORTE SOCIAL	15
1.10 SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA	16
CAPÍTULO II – OBJECTIVOS	19
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	21
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 POPULAÇÃO.....	21
3.3. INSTRUMENTOS.....	22
3.3.1 Registos Antropométricos	22
3.3.2 Questionário Qualidade de Vida	23
3.3.3 Questionário Suporte Social	24
3.3.4 Questionário Percepção sobre Educação Familiar	24
3.4 PROCEDIMENTOS.....	24
3.4.1 Procedimentos Estatísticos.....	25
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	27
4.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA	29
4.3 QUESTIONÁRIO SUPORTE SOCIAL.....	30
4.4 QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO FAMILIAR	32

4.5 ANÁLISE CORRELACIONAL.....	35
4.6 ANÁLISE INFERENCIAL.....	38
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO.....	41
LIMITAÇÕES DO ESTUDO/ SUGESTÕES	48
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXO I – PERCENTIS DE IMC PARA RAPARIGAS E RAPAZES ENTRE OS 5 E OS 9 ANOS	59
ANEXO II – CURVAS PA (Fernández <i>et al</i> , 2004)	59
ANEXO II – PERCENTIS DE PERÍMETRO ABDOMINAL	60
ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE IMC PARA ADULTOS.....	61
ANEXO IV –.....	62
ANEXO V - RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SUPORTE SOCIAL	67
ANEXO VI – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO FAMILIAR	72
ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra de adolescentes segundo género	27
Tabela 2. Distribuição da amostra de adolescentes por idades	27
Tabela 3. Distribuição da amostra de adolescentes segundo IMC	28
Tabela 4. Distribuição da amostra de adolescentes segundo PA	28
Tabela 5. Distribuição da amostra de pais segundo género.....	29
Tabela 6. Distribuição da amostra de pais segundo grau de parentesco	29
Tabela 7. Classificação da amostra de pais segundo IMC	29
Tabela 8. Consistência interna do Kidscreen10 [®]	30
Tabela 9. Consistência interna da dimensão satisfação com o SS.	31
Tabela 10. Consistência interna da dimensão necessidade de mais atividades associadas ao SS.	32
Tabela 11. Consistência interna da Escala de perceção de pais sobre educação familiar.....	33
Tabela 12. Correlação entre idade, IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10 [®]) e SS (dimensões: Σ positiva e Σ negativa).	35
Tabela 13. Análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10 [®]) e SS e desvio padrão por género	36
Tabela 14. Análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10 [®]) e SS (e desvio padrão) por idade	36
Tabela 15. Análise univariada da idade, PA, QVrS (Σ Kidscreen10 [®]) e SS (e desvio padrão) por percentil IMC.	37
Tabela 16. Correlação entre percentil IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10 [®]), SS (dimensões: Σ positiva e Σ negativa) e Σ resultado da escala de perceção de pais sobre EF.....	37

Tabela 17. Análise de Regressão para determinar fatores associados à QVrS.	38
Tabela 18. Análise da Regressão para determinar fatores associados ao SS positivo.	39
Tabela 19. Análise da Regressão para determinar fatores associados ao SS positivo.	39
Tabela 20. Análise da Regressão para determinar fatores associados à EPP sobre EF.	40
Tabela 21. Resposta à questão: Tens-te sentido bem e em forma?	62
Tabela 22. Resposta à questão: Sentiste-te cheio(a) de energia?	62
Tabela 23. Resposta à questão: Sentiste-te triste?.....	63
Tabela 24. Resposta à questão: Sentiste-te sozinho?	63
Tabela 25. Resposta à questão: Tiveste tempo suficiente para ti próprio?	64
Tabela 26. Resposta à questão: Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	64
Tabela 27. Resposta à questão: Os teus pais trataram-te com justiça?.....	65
Tabela 28. Resposta à questão: Divertiste-te com os teus amigos (as)?	65
Tabela 29. Resposta à questão: Foste bom aluno(a) na escola?	66
Tabela 30. Resposta à questão: Sentiste-te capaz de prestar atenção?	66
Tabela 31. Resposta à questão: Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostava.	67
Tabela 32. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.....	67
Tabela 33. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.....	67
Tabela 34. Resposta à questão: Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.....	68

Tabela 35. Resposta à questão: Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.....	68
Tabela 36. Resposta à questão: Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.....	69
Tabela 37. Resposta à questão: Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.....	69
Tabela 38. Resposta à questão: Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	69
Tabela 39. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	70
Tabela 40. Resposta à questão: Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.....	70
Tabela 41. Resposta à questão: Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	71
Tabela 42. Resposta à questão: Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos escuteiros, partidos políticos, etc.).....	71
Tabela 43. Resposta à questão 1: Na educação dos filhos sou mais compreensivo do que rigoroso.....	72
Tabela 44. Resposta à questão 2: Na educação uso mais os prémios (elogios, etc.) do que castigos (repreensões, etc.).....	72
Tabela 45. Resposta à questão 3: Dialogo com os filhos sobre os seus problemas. ...	73
Tabela 46. Resposta à questão 4: Quando proíbo qualquer coisa aos filhos, explico as razões.....	73
Tabela 47. Resposta à questão 5: Ouço a opinião dos filhos sobre o que lhes diz respeito.....	73
Tabela 48. Resposta à questão 6: Quando dou uma ordem aos filhos, aceito que eles a possam contestar.	74
Tabela 49. Resposta à questão 7: Se os pais castigam os filhos sem razão, devem pedir-lhes desculpa.....	74

Tabela 50. Resposta à questão 16: Educo os meus filhos mais pelo amor do que pelo temor.	75
Tabela 51. Resposta à questão 9: Educo de modo diferente os filhos conforme a sua idade.....	75
Tabela 52. Resposta à questão 11: À medida que os filhos vão crescendo, deixo que sejam eles a escolher a roupa que hão-de vestir.	76
Tabela 53. Resposta à questão 12: É mais fácil educar as raparigas do que os rapazes.....	76
Tabela 54. Resposta à questão 14: O pai tende a ser mais compreensivo com as filhas e a mãe com os filhos.	76
Tabela 55. Resposta à questão 26: Se hoje tivesse de recomeçar a educação dos filhos, mudaria de método.....	77
Tabela 56. Resposta à questão 28: A educação que dou aos meus filhos é melhor do que a que recebi dos meus pais.	77
Tabela 57. Resposta à questão 8: Os meus filhos abrem-se mais com a mãe do que com o pai.	78
Tabela 58. Resposta à questão 10: Quando os filhos casam, os pais deixam de ser responsáveis por eles.	78
Tabela 59. Resposta à questão 13: Deixo frequentemente os filhos pequenos em casa.....	79
Tabela 60. Resposta à questão 15: A educação dos filhos, sobretudo nos primeiros anos, compete essencialmente à mãe.....	79
Tabela 61. Resposta à questão 17: As discussões e pequenos problemas entre irmãos, é melhor que sejam resolvidos por eles mesmos, sem a intervenção constante dos pais.	79
Tabela 62. Resposta à questão 18: Se eu fosse rico, educaria de uma forma diferente.	80
Tabela 63. Resposta à questão 19: Se fosse mais novo educaria de forma diferente.	80

Tabela 64. Resposta à questão 20: Sou mais compreensivo com os filhos mais novos do que com os mais velhos.	81
Tabela 65. Resposta à questão 21: Em nossa casa entendemo-nos bem quanto à educação dos filhos.	81
Tabela 66. Resposta à questão 22: Quando um de nós está a castigar um filho, o outro não interfere.	81
Tabela 67. Resposta à questão 23: Se houvesse um curso para educadores, gostaria de participar.....	82
Tabela 68. Resposta à questão 24: Acho que é mais importante para ser bom educador a experiência do que a teoria.	82
Tabela 69. Resposta à questão 25: Basta amar os filhos para educar bem.	83
Tabela 70. Resposta à questão 27: Educar é hoje mais difícil do que há anos atrás..	83
Tabela 71. Resposta à questão 29: Sou otimista quanto ao futuro dos meus filhos. ..	83
Tabela 72. Resposta à questão 30: Se tivesse um filho que se drogasse, reagiria mal.	84
Tabela 73. Resposta à questão 31: Se uma filha engravidasse antes de casar, eu ficaria alarmado.	84
Tabela 74. Resposta à questão 32: Aceito que os meus filhos fumem.	84

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE

A prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou substancialmente nas últimas três décadas⁽⁹¹⁾.

A obesidade é uma condição de excesso de gordura corporal (adiposidade), que está associada a estados de saúde adversos e risco de doença no futuro. Apesar de seu uso coloquial, os termos obesidade e excesso peso (pré-obesidade) representam condições específicas. Estes termos são definidos essencialmente com base em riscos para a saúde em adultos. No entanto, a definição médica da obesidade em crianças e adolescentes não é tão simples⁽⁸⁴⁾.

O índice de massa corporal (IMC) é a medida mais comum para definir excesso de peso e obesidade em crianças, adolescentes e adultos.

Segundo diversos autores citados por Wamba *et al*⁽⁸²⁾, em adolescentes o IMC é uma técnica bastante válida de avaliação indireta da massa gorda, com *cut offs* específicos de acordo com o género e idade, já proposto em vários estudos; um vasto leque de referências inclui nos seus métodos de estudo: percentil de IMC e perímetro abdominal.

O IMC é uma medida de peso ajustado à altura, que é calculado a partir do peso medido (em kg) e altura (em metros), em quilogramas dividido pelo quadrado metros (kg/m²).

Uma vez que o IMC muda naturalmente com a idade, em crianças e adolescentes. São usados *scores* percentuais com base em normas específicas da idade e sexo para monitorar o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como para adultos. Os percentis são baseados em normas da população⁽⁸⁴⁾.

A adiposidade abdominal está associada ao risco acrescido para doença cardiovascular, diabetes, hipertensão arterial⁽⁶⁶⁾. A obesidade abdominal é avaliada

com base na circunferência da cintura utilizando o percentil ≥ 90 específico consoante o sexo e a idade, e a relação cintura/altura ⁽³⁾.

Podem considerar-se diferentes tipos de obesidade, nomeadamente e de uma forma sucinta: obesidade endógena, associada à mesma anormalidade metabólica ou endócrina no corpo; obesidade exógena, decorrente de uma excessiva ingestão de comida; obesidade hipotalâmica, resultante da disfunção do hipotálamo, sobretudo do centro regulador do apetite; obesidade mórbida, de tal intensidade que chega a interferir com as atividades normais, inclusive a respiração ⁽⁷³⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a obesidade como uma epidemia, com necessidade urgente de ação global, pois a par com o rápido crescimento desta patologia estão associadas consequências de saúde ^(90,91). Um elevado valor de IMC é um fator de risco para doenças, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de cancro (nomeadamente, cancro colorctal, cancro renal e cancro esofágico) ^(1,91). Estas doenças além de serem causa de mortalidade precoce, também estão associadas a morbilidades a longo termo ^(53, 84).

A obesidade é considerada um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial na sociedade moderna ⁽⁶⁷⁾. A OMS estima que globalmente 170 milhões de crianças e adolescentes, com idade até aos 18 anos, tenham excesso de peso, e especificamente em alguns países desde 1980 o número de crianças com excesso de peso triplicou ⁽⁹¹⁾.

A obesidade é decorrente de um desequilíbrio entre o alimento ingerido e a energia despendida, sendo a sua origem multifactorial. Tem-se vindo a assistir a obesidades cada vez mais graves, não apenas por corresponderem a IMC mais elevados mas também por se associarem a um maior número de co-morbilidades de parecimento cada vez mais precoce ⁽⁷¹⁾.

Alguns dos fatores de risco adicional são considerados passíveis de correção, por exemplo, os níveis de atividade física e sedentarismo ⁽⁵³⁾, o aumento do acesso a alimentos de alto teor calórico, consumo de refrigerantes açucarados, recorrentes refeições fora de casa compostas por excessivas porções de alimentos ⁽⁷¹⁾, rápida ingestão de grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo ⁽⁴⁹⁾, peso ao nascer ⁽⁸⁴⁾.

Por outro lado, alguns fatores são à partida irrevogáveis, tais como: variantes genéticas ou a taxa de maturação ^(1,73, 84).

Os fatores mutáveis são frequentemente alvo de intervenção. Fatores de risco irrevogáveis, tais como os aqui destacados, podem indicar a necessidade de adaptar uma abordagem de tratamento, ou a necessidade de esforços especiais de recrutamento para aumentar a participação em programas de tratamento em alguns grupos de alto risco ⁽⁸⁴⁾.

Enquanto ação preventiva está cada vez mais em foco a implementação de políticas de saúde. Em determinadas situações esta ação ocorre de uma forma não-sistemática, *ad hoc*. Estas medidas tenderão a ser mais coesas e abrangentes caso os processos de decisão sejam mais sistemáticos e baseados em evidências ^(1,90).

1.2 OBESIDADE E ADOLESCÊNCIA

A OMS recomenda o uso do termo excesso de peso (pré-obesidade) para crianças e adolescentes com idades entre 2 e 18 anos com IMC entre o percentil 85 e 97 mediante a idade e sexo ⁽⁸⁹⁾. Recomendam a aplicação do termo obeso para referir-se a crianças e adolescentes com IMC igual ou acima do percentil 97 consoante a idade e sexo, ou com um IMC igual ou acima de 30, que é o padrão para a definição de adulto obeso, que podem ser aplicadas a adolescentes mais velhos ⁽⁸⁹⁾.

Este problema foi decorrente num número crescente de países, incluindo os que estão em transição económica ou que estão em certas camadas sociais nos países em desenvolvimento, que têm vindo a introduzir uma forma característica de vida enquanto países industrialmente desenvolvidos. Estes têm vindo a introduzir uma forma típica de vida idêntica aos países industrialmente desenvolvidos, ou seja, redução da atividade física e ingestão inadequada de alimentos, em todos os grupos etários por todo o mundo ⁽⁵³⁾.

A maior prevalência de excesso de peso na infância verifica-se em países de rendimento médio-alto, e os países subdesenvolvidos apresentem a menor taxa de prevalência. No entanto, o excesso de peso está a aumentar em quase todos os países, com taxas de prevalência de crescimento mais acelerado em países de rendimento médio-baixo ⁽⁹¹⁾.

O estudo da obesidade tem diversas particularidades, sobretudo entre adolescentes, onde se combina a natureza complexa da obesidade com os aspetos de desenvolvimento ^(53,67). Nomeadamente, em determinados períodos críticos de desenvolvimento, em que as consequências da adaptação às condições de vida

indesejáveis podem ter efeitos muito mais negativos do que as consequências que se manifestam ao longo da vida ⁽⁵³⁾.

A idade média de início do surto de crescimento na adolescência ocorre entre 8,0 e 10,3 anos, e em meninas europeias e norte-americanas a idade do pico da velocidade de crescimento ocorre 2 anos mais tarde (10,8-12,2 anos). Nos rapazes a maturação ocorre cerca de 2 anos mais tarde em ambos os contextos. Há que considerar uma grande variação dentro das populações. Quanto a indicadores de maturação sexual (idade de início, idade de pico da estrutura e maturidade esquelética) é recomendado o uso de indicadores do processo de maturação ⁽¹⁰⁾.

A investigação a nível do tratamento de crianças e adolescentes obesos tem-se desenvolvido em termos de qualidade e quantidade nos últimos anos ⁽⁸⁴⁾.

Considera-se importante compreender os fatores, que contribuem para a obesidade isoladamente, contudo quando se pretende alargar conhecimento numa perspectiva de saúde pública requer uma observação sobre a interação multifatorial ⁽⁶⁷⁾.

Apesar de ainda existirem lacunas significativas na compreensão da obesidade e tratamento do excesso de peso em crianças e adolescentes, pesquisas atuais sugerem que as intervenções comportamentais podem ser eficazes na gestão de peso em crianças e adolescentes obesos ^(67,84).

Intervenções comportamentais e farmacológicas de forma combinada podem ser úteis em adolescentes com elevados valores de IMC ⁽⁶⁷⁾.

As intervenções a nível comportamental têm sido largamente usadas e estudadas com adolescentes com excesso de peso e obesidade ⁽⁸⁴⁾. Estas promovem perda de peso através da modificação da dieta e padrões de exercício físico, sem recurso a adjuvantes farmacológicos, constituindo a linha da frente no tratamento de adolescentes com excesso de peso e obesidade.

Um estudo desenvolvido na Geórgia, através de discussões em grupos focais, concluiu que entre os jovens existem atitudes contraditórias sobre alimentação saudável. Nomeadamente, existe uma baixa perceção de risco de ser ou de se tornar obeso e conhecimento limitado sobre as consequências para a saúde da obesidade, podendo contribuir para o aumento da prevalência da obesidade. A maioria dos jovens estava ciente de que a obesidade é um problema. Contudo, jovens com excesso de

peso sentiram que o seu peso era saudável e atribuíram o excesso de peso à genética ou metabolismo lento⁽⁶⁷⁾.

1.3 OBESIDADE EM PORTUGAL

A causa do aumento de adolescentes com excesso de peso e obesidade tem sido considerada por diversos autores, sem no entanto se chegar a conclusões objetivas sobre a sua causalidade⁽⁸⁴⁾. Embora existam evidências no estilo de vida das sociedades que suportam estes dados. Tais como, padrões de atividade física, sedentarismo ou a ingestão de bebidas adoçadas⁽⁸⁴⁾. O tempo útil de ecrã (televisão ou computador) é outro ponto apontado por vários autores como responsável pelo excesso de peso em adolescentes⁽⁸⁴⁾.

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é um estudo feito em parceria com a OMS, que inclui mais de 40 países⁽²⁰⁾.

Em Portugal tem-se mostrado um aliado indispensável para o desenvolvimento do estudo da obesidade dado que é o mais detalhado e completo sobre a saúde dos adolescentes portugueses.

Este estudo que tem por base valores antropométricos reportados, evidenciando o estudo português uma prevalência de excesso de peso e obesidade em adolescentes entre os 11 e os 16 anos, de respetivamente, 14,4% e 1,6% em 1998, 14,8% e 3,1% em 2002, 15,2% e 2,8% em 2006, e 15% e 3,4% em 2010^(21,40).

Lissau (2004) comparou os dados do HBSC relativos à obesidade em 13 países europeus, mais Estados Unidos da América (EUA) e Israel, com adolescentes entre os 13 e os 15 anos. De acordo com este estudo os EUA, Irlanda, Grécia, e Portugal foram os países com valores de prevalência mais elevados no que diz respeito ao excesso de peso^(21,35). Ainda, as diferenças entre países nos padrões de comportamentos de saúde evidenciam a influência dos contextos, social, cultural e económico⁽⁷⁶⁾.

Segundo o mesmo estudo, realizado em 2009/2010, observou-se que os comportamentos de risco para a saúde aumentam com a idade enquanto a comunicação com a família diminui^(40, 45,76).

1.4 FAMÍLIA

Segundo Carter (2001) a família é como um sistema que se move através do tempo. Geralmente o *stress* familiar é maior nos pontos de transição de um estágio para outro

durante o desenvolvimento familiar. Por sua vez, os sintomas surgem mais frequentemente quando há uma interrupção ou deslocamento no ciclo de vida familiar em desenvolvimento ⁽¹¹⁾.

O termo família designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, constituído por cerca de três gerações - família nuclear. Contudo pode considerar-se a família alargada com mais gerações - família extensa, ou ainda, amigos, professores, vizinhos que não estão ligados por traços biológicos, mas que têm significado para o indivíduo – elementos significativos ⁽⁵⁸⁾.

As famílias variam em função da composição e o funcionamento saudável da família é caracterizado por diferentes diretrizes ⁽⁵⁾.

O conceito de ciclo familiar, várias vezes usado, refere-se à história de cada família, à sua evolução e transformação no tempo. Inclui, uma visão do ponto de vista da sua estrutura, de quem vive com quem, como do ponto de vista das posições de vez em quando assumidas pelos membros, bem como do conteúdo das relações familiares; onde os ciclos de vida individuais e familiares se cruzam e são interdependentes ⁽⁶¹⁾.

Quando se pretende intervir em um dado problema em primeiro lugar, segundo Sampaio e Gameiro ⁽⁵⁸⁾ deve considerar-se em que ponto do ciclo vital da família está a família em questão. Os mesmos autores caracterizam o ciclo de vida familiar como sendo constituído pelos momentos mais significativos da vida familiar. Considerando zonas de particular instabilidade relativas a alterações no seguimento da organização, aos quais a família tem de dar resposta, considerando a família no seu conjunto.

Duval demarcou o ciclo de vida familiar em oito estágios, todos referentes aos eventos nodais relacionados entradas e saídas de membros da família, nomeadamente: o nascimento e educação dos filhos, e a saída dos filhos de casa ⁽¹¹⁾. Em que parte da riqueza do contexto familiar está intimamente relacionada com as muitas maneiras como os membros da família dependem uns dos outros dentro da *espiral geracional* ⁽¹⁶⁾, numa mútua interdependência, conforme as gerações se movem ao longo da vida ⁽¹¹⁾.

De acordo com Sampaio e Gameiro na família tradicional ocidental, consideram-se essencialmente seis fases do ciclo vital da vida de uma família. Nomeadamente a quarta fase que denominam como: Adolescência e saída dos filhos de casa ⁽⁵⁸⁾. Existem, no entanto muitas variações.

Segundo Hill ⁽³³⁾, em cada estágio do ciclo de vida existe um complexo de papéis distinto para os membros da família, uns em relação aos outros.

De acordo com Carter ⁽¹¹⁾ é extremamente difícil pensar a família enquanto um todo, em virtude da complexidade envolvida. Esta compreende todo o sistema emocional de pelo menos três ou quatro gerações.

É comumente atribuído um grande significado às questões familiares na vida de cada indivíduo em qualquer intervenção terapêutica. Uma vez que o terapeuta deve ter em conta os processos do ciclo vital dos antepassados além do presente do indivíduo ⁽⁵⁸⁾.

O conceito de *funcionamento familiar ideal*, segundo Barker ⁽⁵⁾ tem interesse, e está relacionado com saber se as necessidades do casal e dos filhos estão a ser tão satisfeitas quanto possível e não diz respeito apenas à ausência de problemas.

Segundo Saraceno ⁽⁶¹⁾ a *vicissitude familiar*, constitui-se no cruzamento de uma multiplicidade de tempos internos e externos, individuais, de grupos, sociais e históricos (p.221).

Hoje em dia, há que ter em conta a realidade das famílias monoparentais, em que há pais que dirigem sozinhos as suas famílias. Contudo, estes têm de desempenhar as mesmas tarefas que os casais, sendo comumente obrigados a recorrer a apoio fora da relação conjugal ^(5,45).

No trabalho com famílias monoparentais, um dos aspetos a considerar é a identificação de fontes de apoio e redes sociais disponíveis para essas famílias, mobilizando-os para o processo terapêutico, direta ou indiretamente ⁽⁵⁾.

A rede de apoio familiar é, num sentido lato, uma rede de parentesco, especificamente uma rede de parentesco restrito centralizada nos pais do casal e essencialmente nas mães de ambos os cônjuges ⁽⁷⁸⁾.

De acordo com o mesmo autor demonstrou-se que a solidariedades e entreajudas familiares giram em torno de redes de pessoas com algum grau de parentesco, que trocam entre si bens e/ou serviços. No entanto, as redes de apoio não são apenas redes de pessoas, mas incluem redes de circulação de uma grande diversidade de bens. Ainda segundo o mesmo autor, para questionar sobre as ajudas que ocorrem no interior das redes de apoio familiar deve-se questionar sobre o que na realidade se troca, quanto se troca e em que sentido se troca, face aos graus de parentesco ⁽⁷⁸⁾.

De facto, tendo em consideração os apoios que as redes sociais de entreaajuda prestam, verifica-se que estes não são tão vastos como se especula sobre solidariedade primária em Portugal ⁽⁷⁸⁾. Coexistindo um número relevante de famílias que se encontram excluídas desses arranjos familiares.

Segundo Barker ⁽⁵⁾, o *sistema de educação* consiste no modo como o casal colabora para criar e cuidar dos seus filhos. Os princípios utilizados, pelos pais, para o conseguir devem ir ao encontro de ambos. Por sua vez, os cuidados prestados com base nesses princípios deverão responder às necessidades dos filhos e promover o seu crescimento saudável.

Como salientam Sampaio e Gameiro ⁽⁵⁸⁾, todas as famílias possuem um funcionamento particular e cabe ao terapeuta *construir com a família um contexto onde surja uma nova auto-organização não disfuncional* (p.6).

No que concerne a educação familiar, de um modo geral, é estudada a influência das práticas educativas parentais no desenvolvimento da personalidade no comportamento sócio-afetivo-cognitivo das crianças/adolescentes ⁽⁵²⁾.

De acordo com a pesquisa realizada por Oliveira ⁽⁵²⁾ existe uma multiplicidade de variáveis observadas bem como ambiguidade a nível de determinados conceitos. Contudo, o autor refere a existência de algumas constantes, nomeadamente duas dimensões bipolares que se podem designar como *amor vs hostilidade* e *autonomia vs controlo* ⁽⁶³⁾.

Na dimensão afetiva (amor como meio de identificação e de modificação do comportamento) está presente em toda a dimensão educativa. Considera-se que um pai caloroso está profundamente empenhado no bem-estar dos filhos, responde às suas necessidades, dispensa-lhes tempo, mostra-se entusiasmado com as suas realizações, sendo sensível aos seus estados emotivos. Por sua vez, as crianças que são afeiçoadas ou ligadas aos pais, tendencialmente aprendem melhor, são relativamente complacentes, manifestam uma boa autoestima, são mais altruístas e internalizam melhor as normas morais ⁽⁵²⁾.

A segunda dimensão (autonomia vs controlo ou permissividade vs reestrutividade) é considerada por Oliveira ⁽⁵²⁾ de mais fácil avaliação. Esta é igualmente necessária para a compreensão das práticas educativas. Ambas as dimensões consistem num *continuum* variando de intensidade e qualidade.

Simultaneamente falar sobre autoridade implica falar da estruturação da vida familiar.

De acordo com Oliveira ⁽⁵²⁾, as práticas educativas dependem desta estruturação familiar. Na ausência de estruturação a prática educativa tende para a permissividade. Por outro lado, na estruturação rígida, a educação reveste-se normalmente de autoritarismo e coerção. Na estruturação flexível, a norma educativa é a democrática.

Segundo Maccoby e Martin ⁽³⁶⁾ o estilo democrático é o ideal, uma vez que há uma interação entre a capacidade de respostas e de exigências, sendo benéfico para o desenvolvimento harmonioso da criança. Com base neste tipo, os filhos aprendem a proceder pela positiva - com vista ao sucesso. Enquanto os filhos de pais autoritários se comportam frequentemente pela negativa – a fim de evitar o fracasso ⁽⁵²⁾.

1.5 FAMÍLIA E ADOLESCENCIA

A adolescência, segundo Segalen ⁽⁶⁴⁾ caracteriza-se, de um modo geral, pela passagem fisiológica de carácter biológico e que recebe respostas culturais muito diversas. Sendo este período da vida marcado por rituais, tabus e situações conflituais.

O súbito fervor do desenvolvimento da identidade que acontece durante a adolescência pode tornar-se uma fonte de excitação e energia, mas também pode ser gerador de conflito, entre os adolescentes e as suas famílias. Tornando-se como que catalisadores da mudança no seio das suas famílias ⁽¹¹⁾.

Este fator não significa desapego emocional dos pais, mas significa que o adolescente já não é tão dependente dos pais a nível psicológico, tendo um maior controle sobre a tomada de decisão para a sua vida ⁽¹¹⁾. Do mesmo modo, a luta pela obtenção de uma autoimagem própria, definida e afirmativa, pode criar algumas divergências entre os adolescentes e as suas famílias ⁽¹¹⁾.

Por outro lado, segundo as mesmas autoras, o receio do conflito pode levar o adolescente a evitar determinadas perguntas ou comportamentos, criando distância e falta de confiança entre os membros familiares ⁽¹¹⁾.

Contudo, as inconsistências entre o que os pais transmitem verbalmente aos seus filhos adolescentes e os comportamentos que praticam verdadeiramente são igualmente inevitáveis quanto ao conflito. Isto é, o que os pais dizem, com frequência,

não corresponde ao que fazem, emergindo quando os adolescentes enfrentam e desafiam as diferenças⁽¹¹⁾.

Para a maioria dos pais ser objetivo, auxiliador e democrático e ao mesmo tempo manter o controlo, não é uma tarefa fácil. Particularmente quando se sentem criticados e julgados pelos seus próprios filhos⁽¹¹⁾.

Colateralmente podem surgir por parte dos pais comportamentos de controlo, na tentativa de suprir os seus receios em relação a violência, ao alcoolismo ou a ausência de um projeto de vida. Por outro lado, tornam-se demasiado condescendentes com receio que os filhos, por oposição, se tornem mais contestatários⁽²⁾.

Segundo Carter e McGoldrick clinicamente, quando se trabalha com adolescentes e suas famílias, é importante fazer perguntas sobre os papéis que se esperam que cada um desempenhe na família⁽¹¹⁾.

Intervenções junto de adolescentes devem incidir também sobre o comportamento dos seus pais. Uma vez que, geralmente, são os pais que determinam a dieta diária ou a frequência da atividade física dos seus filhos⁽⁵⁰⁾.

No passado, a família oferecia aos seus adolescentes o conhecimento prático na forma de trabalho. Atualmente é necessário que as famílias proporcionem competências psicológicas que ajudarão os seus filhos a diferenciar-se e a sobreviver num universo que muda cada vez mais rapidamente. Assim, a função da família tem cada vez mais o papel de sistema de apoio emocional do que papel de unidade económica⁽¹¹⁾.

Carter e McGoldrick⁽¹¹⁾ propuseram dividir em seis fases o ciclo familiar, de forma útil, na qual as autoras enfatizam um sistema de relações sustentadas, de um modo funcional: a *entrada, saída e desenvolvimento* dos membros da família⁽⁵⁾. Segundo as mesmas autoras a diversidade familiar é cada vez maior, tornando-se cada vez mais difícil padrões *normais* de ciclos de vida familiar. A fase denominada *família com adolescente*, relativa à quarta fase do ciclo familiar, refere-se ao período no qual deverá haver uma mudança gradual na relação entre pai/mãe e filho, com vista à independência do filho. No entanto, as fronteiras de entrada e saída do(s) filho(s) poderão ser ajustadas e flexíveis, permitindo uma adequação às necessidades do ciclo familiar^(5,11). Esta pode dizer-se que é a fase mais longa e mais difícil do ciclo vital, na perspectiva que exige um constante equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações de cada membro da família⁽²⁾.

Grande parte das famílias, após um período de confusão e perturbação, tem capacidades de mudança de normas e limites e reestrutura-se, permitindo aos adolescentes maior autonomia e independência ⁽¹¹⁾.

Por sua vez, para que os adolescentes estabeleçam autonomia, eles necessitam tornar-se cada vez mais responsáveis pelas suas próprias decisões e ao mesmo tempo sentir a segurança da orientação dos pais. Sem dúvida que *a flexibilidade é a chave para as famílias neste estágio (...), aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares e modular a autoridade paterna permitem maior independência e desenvolvimento para os adolescentes* [⁽¹¹⁾, p.225].

Com a entrada dos filhos na adolescência, as famílias confrontam-se com questões sobre a separação e abertura a novos valores. Durante este período os adolescentes querem trazer os seus amigos para casa e isso será encarado como uma oportunidade ou uma intrusão no sistema familiar, alternadamente ⁽¹¹⁾.

Habitualmente, as famílias que não dispõem de uma estrutura social relativamente estável têm maior dificuldade em proporcionar a flexibilidade e proteção desejada para o amadurecimento dos adolescentes ⁽¹¹⁾.

O próprio contexto social em que as famílias se inserem está em constante mudança [⁽⁵⁾, p. 29].

Por exemplo, em diversas famílias a adolescência pode ser encarada como um período particularmente *stressante* para as filhas, tendo em conta as regras rígidas e limitantes do género feminino, na maioria das culturas ⁽⁵⁾.

Por outro lado, em virtude da alteração das normas culturais que se cruzam a grande velocidade, as crianças estão atualmente expostas na escola a diversos comportamentos de risco e influências para a liberdade contra controlo dos pais em idades cada vez mais jovens ⁽¹¹⁾.

As intervenções com vista à família e ao respetivo ciclo vital, com alcance de três gerações propendem a desencadear mudanças no sistema ⁽¹¹⁾.

Abordando, especificamente a parentalidade integrada nas noções de família, pode dizer-se que este conceito diz respeito ao contíguo de ações encetadas pelas figuras paternas (sejam os pais ou substitutos) junto dos seus filhos com a finalidade de

promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, mobilizando os recursos de que tem ao seu dispor no seio da família, assim como, na comunidade ⁽¹³⁾.

1.6 FAMÍLIA E OBESIDADE

A obesidade enquanto problema de saúde pública tem influência na população a vários níveis. Desde em termos individuais, como a nível da interação com a própria família e com a sociedade ⁽⁶⁷⁾.

A obesidade dos pais também é um fator de risco importante. Filhos de pais obesos têm maior risco de obesidade, com filhos de dois pais obesos tem ainda maior risco de obesidade ⁽⁸³⁾. Comparando crianças cujas mães são obesas com crianças em que as mães são normoponderais, as primeiras têm entre três a dez vezes mais probabilidade de serem obesas ⁽⁸⁴⁾.

De acordo com um estudo desenvolvido por Silva *et al* ⁽⁶⁶⁾ a obesidade dos progenitores foi constatada em cerca de 60% dos casos, 10,5% em ambos e 49,3% em apenas um. A história familiar dos parentes em primeiro e segundo grau mostrou a presença de várias comorbilidades tais como: diabetes mellitus não insulínica em 61,2%, HTA primária em 53,7% e dislipidemia em 41,8%. Ainda segundo o mesmo autor, a obesidade primária ou nutricional está intimamente relacionada com o meio onde a criança ou adolescente se insere. Este facto é consolidado pela elevada prevalência observada de obesidade nos progenitores (60%) e certamente se associa a erros alimentares e ao sedentarismo, estabelecidos no seio familiar.

Pais e/ou familiares são frequentemente envolvidos em intervenções do foro comportamental, particularmente em adolescente mais jovens ⁽⁸⁴⁾. Segundo Gee ⁽³⁰⁾ os prestadores de cuidados devem ser incentivados a participar no acompanhamento dos adolescentes com obesidade em processo de tratamento, de modo a que o aconselhamento e a avaliação dos resultados sejam centrados na família.

A OMS, a nível internacional, tem desenvolvido projetos de intervenção direccionados aos adolescentes e aos seus pais/prestadores de cuidados com o intuito de aferir lacunas e melhorar a comunicação entre estes ⁽⁹¹⁾.

A importância de recorrer ao apoio familiar como fortalecimento familiar, segundo refere a OMS ⁽⁶⁹⁾, é o processo que procura possibilitar que indivíduos e coletividades aumentem o controlo sobre os determinantes da saúde, para que desta maneira,

tenham uma melhor saúde. O cuidado centrado na saúde da família tem como objetivo a promoção da saúde através da mudança. A proposta é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com os fenómenos de saúde e doença, dando novos significados para as suas experiências.

Um estudo qualitativo recente concluiu que algumas das barreiras para uma vida familiar saudável incluem o custo da alimentação saudável, tempo e funcionalidade, preferências da família e dificuldade em mudar hábitos⁽⁷¹⁾.

Segundo Pratt *et al*⁽⁵⁶⁾ no tratamento da patologia devem incorporar-se vários elementos, tais como o envolvimento da família e a inclusão de prestadores multidisciplinares, a fim de prestar atendimento biopsicossocial adequado para jovens e respetivas famílias.

1.7 QUALIDADE DE VIDA

São relativamente recentes os estudos sobre o *bem-estar subjetivo* em adolescentes e segundo Gaspar *et al*⁽²⁷⁾ devem focar-se na relação entre variáveis demográficas, tais como idade, género e estatuto socioeconómico; características intrapessoais, nomeadamente Autoconceito, extroversão, locus de controlo interno; e o bem-estar.

São múltiplos os fatores que exercem influência sobre a qualidade de vida relacionada com saúde dos adolescentes⁽²⁸⁾. Os fatores podem ser organizados segundo duas grandes categorias: *características pessoais* do adolescente; *características* do adolescente.

De acordo com Mccullough, Huebner & Laughlin⁽⁴⁷⁾ um fator intrapessoal mais fortemente relacionado com a satisfação com a vida e perceção de felicidade é o auto-conceito do adolescente.

Entende-se por Autoconceito global a avaliação do indivíduo face às suas características pessoais e à sua competência comportamental. O Autoconceito apresenta um carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos contextos da sua vida, nomeadamente, bem-estar subjetivo, aparência, relações interpessoais, competências académicas⁽²⁸⁾.

Na adolescência a capacidade de autorrepresentação é mais abstrata, baseando-se em pensamentos, emoções, atitudes e motivações, decorrente do pensamento mais abstrato e uma maior competência de reflexão característica nesta faixa etária⁽²⁸⁾.

Na última década o conceito de qualidade de vida tem vindo a aumentar de importância. Pode definir-se como um constructo multidimensional com relevância para a população, nas diferentes faixas etárias, em todas as culturas, estatuto socioeconómico ou localização geográfica. Todos os aspetos do bem-estar do indivíduo (físico, psicológico e social) incluindo o seu ambiente relacionam-se com qualidade de vida [Harding, 2001 *cit in* ⁽²⁸⁾].

A OMS define qualidade de vida como a saúde física, estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações do indivíduo com o ambiente onde se insere. De um modo mais genérico, como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ⁽⁸⁵⁾.

De acordo com Gaspar & Matos ⁽²⁶⁾ a qualidade de vida é um conceito holístico que se relaciona com vivências atuais e passadas do indivíduo.

Segundo Wallander e Schmitt (2001) o conceito de qualidade de vida consiste na articulação entre a perceção de bem-estar objetivo e subjetivo em diversos domínios da vida, tidos como importantes em determinada cultura e tempo, considerando os níveis universais dos direitos humanos [*cit in* ⁽²⁶⁾].

A QVRS consiste na saúde percebida, descrita como a perceção do próprio indivíduo e dos outros, como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais ⁽²⁶⁾.

1.8 QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE

Existe cada vez mais evidência de que a obesidade infantil e na adolescência podem ter um impacto substancial na saúde ⁽⁸⁴⁾, expandindo-se pela vida adulta ^(56,71).

Tem sido vários os estudos que relacionam obesidade e qualidade de vida nos jovens. De acordo com Treviño *et al* ⁽⁷⁷⁾ existe uma associação negativa entre elevados percentis de IMC e qualidade de vida dos jovens.

O excesso de peso e obesidade em adolescentes e crianças está associado a redução significativa da qualidade de vida e a situações de *bullying*, chacota e isolamento social ⁽⁸⁴⁾. Em crianças com obesidade grave pode associar-se a doenças graves, tais como a apneia obstrutiva do sono, problemas ortopédicos ^(1,84).

Os adolescentes com obesidade são mais propícios ao desenvolvimento de doenças do foro mental, tais como depressão e baixa autoestima⁽⁸⁴⁾, que poderão persistir ao longo da vida, comparativamente com jovens saudáveis⁽⁵⁶⁾. Segundo Wille *et al* (2008) a obesidade e os riscos que lhe estão associados, nomeadamente estigma, também podem contribuir para a redução da qualidade de vida [*cit. in*⁽³⁰⁾].

Segundo Schwimmer *et al.*, comparativamente aos jovens saudáveis, os jovens obesos têm 5,5 vezes mais probabilidade de ter uma qualidade de vida prejudicada do que os jovens saudáveis. Classificando a QV de um jovem obeso similar à de um jovem com diagnóstico de cancro [*cit in*⁽⁵⁶⁾].

1.9 SUPORTE SOCIAL

O Suporte Social define-se pela presença ou disponibilidade de pessoas que se mostram preocupadas, em quem se pode confiar, valorizam e gostam do indivíduo [Sarason *et al.*, *cit. in*⁽⁹⁾]. O Suporte Social segundo Vaux [*cit. in*⁽⁹⁾] contempla três conceitos: os recursos da rede de apoio, os comportamentos de apoio e as perceções de apoio, articulados num processo dinâmico de transação entre o seu meio no qual as formas, fontes e funções do apoio são multidimensionais, e o indivíduo.

De acordo com Skok *et al*⁽⁶⁸⁾ o núcleo da rede social do indivíduo que constitui os recursos da rede de apoio, ao qual pode recorrer durante incidentes de apoio, pode fornecer diferentes tipos de apoio e ser mais ou menos sensíveis, acessíveis ou eficazes neste processo.

Os comportamentos de apoio são atos específicos, geralmente reconhecidos como esforços intencionais para ajudar uma pessoa, espontaneamente ou a pedido, cuja natureza pode variar (p.ex., apoio emocional ou instrumental)^(9,79).

A perceção de apoio é a avaliação subjetiva que o indivíduo constrói a partir das suas interações com a rede de apoio, constituindo um indicador da eficácia funcional do apoio [Vax *cit. in*⁽⁹⁾].

O indivíduo assume um papel ativo neste processo, devendo atender às necessidades de diversificar ou manter a sua rede de apoio, pedir ajuda quando necessário, e avaliar a qualidade de apoio prestado, no sentido da eventual renovação dos recursos existentes [Vax *cit. in*⁽⁹⁾].

Segundo Brandão ⁽⁹⁾ o estudo acerca do papel do suporte social na família tem identificado benefícios do suporte social para a saúde e bem-estar dos indivíduos, nomeadamente a menor incidência de doenças do foro físico e mental, a diminuição do *stress*, o ajustamento mais positivo a doenças crónicas, bem como outros benefícios positivos para a saúde física e psicológica.

De acordo com Skok *et al* ⁽⁶⁸⁾ diferentes processos através dos quais o suporte social afeta o bem-estar, também podem ser representados através de diferentes relações. Nomeadamente, *ter acesso a pessoas com quem se pode falar acerca dos problemas promove o bem-estar na presença de stress, mas não necessariamente em condições não stressantes. O envolvimento numa rede social é importante para o bem-estar geral, mas não necessariamente útil para o amortecimento do stress em situações em que falta a disponibilidade de infraestruturas de apoio específico* ^(9, 68).

De acordo com Chunara *et al* ⁽¹²⁾ há evidências da influência do meio social sobre a obesidade em ambas as configurações: individuais e comunitárias. Este autor teceu várias considerações: indivíduos socialmente conectados compartilham experiências semelhantes, eventos, influências e apoio que os leva ao aumento ou simultaneamente, perda de peso; pessoas optam por associar-se com outros como elas (homofilia), e os indivíduos exercem influência uns sobre os outros.

O contexto familiar é um dos fatores que influi na adaptação de crianças e adolescentes ⁽⁶⁰⁾.

1.10 SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

A importância do Apoio Social (AS) para a adaptação no contexto das Condições Crónicas de Saúde (CCS) pediátricas tem encontrado suporte empírico, surgindo associado a uma melhor qualidade de vida relacionada com saúde (QVrS) ⁽²⁹⁾.

Estudos indicam que obesidade em crianças e adolescentes está associada a resultados adversos a nível social e económico em idade adulta ^(67, 84).

Dunst e Trivette (1990) [*cit. in* ⁽⁹⁾] consideram importantes para o bem-estar, as seguintes dimensões de suporte social: a extensão da rede social (número de pessoas da rede de suporte social); a presença de relações sociais específicas (e.g., casamento) e gerais (pertença a grupos sociais tais como escuteiros); a carência de suporte (expressa pelo indivíduo); o tipo e a quantidade de suporte (disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes); a frequência das ligações

(número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da rede social); a reciprocidade (equilíbrio entre o suporte social auferido e facilitado); a conveniência (em que medida o suporte social disponível se associa com a que o indivíduo exige); a dependência (de que modo o indivíduo pode acreditar nas redes de suporte social quando necessita); a satisfação (utilidade e nível de ajuda, sentidos pelo indivíduo perante o suporte social); e a proximidade (cumplicidade percebida para com os membros que disponibilizam suporte social).

O bem-estar e desenvolvimento psicossocial devem ser tidos em conta sob uma *perspectiva ecológica* que focaliza diversos níveis de análise: *criança ou adolescente, os pais e família, os pares, a comunidade e a sociedade* [Nelson, Laurendeau & Chamberland, 2001; Matos, Gaspar *et al.*, 2003; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005 *cit in* ⁽²⁸⁾].

Segundo Barros ⁽⁷⁾, é importante compreender que as crianças e adolescentes estão integradas em múltiplos contextos, dos quais se salientam a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade, e que cada um destes contextos influencia o seu desenvolvimento de um modo geral e particularmente o processo de adaptação às CCS ⁽⁶⁶⁾. Deste modo, de acordo com Goldbeck *et al* (2007) ou Wallander & Varni (1989), o suporte social correlaciona-se positivamente com a QVrS e negativamente com as dificuldades de ajustamento psicológico [*cit in* ⁽⁶⁶⁾].

Influências ambientais e sociais que favorecem estilos de vida desejáveis devem ser promovidas⁵³.

Um ambiente social positivo e o envolvimento dos adolescentes em atividades sociais associam-se a uma melhor adaptação à doença, e segundo um estudo realizado por Silva *et al* ⁽⁶⁶⁾ nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra e Hospital de Santo André de Leiria, a família é considerada como um dos contextos privilegiados para esta intervenção.

O tipo de educação dos pais e o contexto familiar surgem, segundo Silva ⁽⁶⁶⁾ como um fator protetor.

A relação familiar e as práticas parentais influenciam a Autoestima, desempenho escolar e desenvolvimento de competências sociais. Crianças com pais que apresentem uma disciplina consistente, supervisão do comportamento do filho, compreensão e carinho nas interações pais-filho tendem a ter uma Autoestima mais positiva ⁽²⁸⁾.

A avaliação da QVrS em crianças e adolescentes, segundo Helseth & Lund (2005) permite obter o conhecimento necessário ao desenvolvimento de metodologias de promoção da qualidade de vida, para identificar fatores de risco ao seu bem-estar, a fim de prevenir efeitos negativos desses fatores nestes grupos etários [*cit. in*⁽²⁹⁾].

Assim, tendo em conta todos os conceitos e aspetos mencionados anteriormente decidiu-se realizar esta investigação.

CAPÍTULO II – OBJECTIVOS

Atualmente têm sido vários os estudos desenvolvidos, a nível nacional, no âmbito da obesidade em crianças e jovens. No entanto é necessário clarificar do ponto de vista da QV associada ao suporte social prestado pela família.

Como objetivos principais:

- Avaliar a qualidade de vida de adolescentes obesos incluídos no programa de tratamento de obesidade;
- Compreender a influência do apoio social da família na percepção da qualidade de vida do adolescente;

Como objetivos secundários:

- Caracterizar a população adolescente acompanhada na Consulta de Obesidade Pediátrica do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (HSM) em termos demográficos e antropométricos;
- Avaliar a percepção que o adolescente tem da qualidade de vida relacionada com a obesidade;
- Avaliar o suporte social da família do adolescente, tanto do ponto de vista do adolescente, como da família;

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, transversal e retrospectivo.

3.2 POPULAÇÃO

A população deste estudo é composta por todos os adolescentes com idade entre os 12 e os 18 anos que frequentaram a Consulta de Obesidade Pediátrica (COP) do Departamento de Pediatria do HSM, no período entre 28 de Junho e 20 de Setembro de 2013, independente de ser uma primeira consulta ou de seguimento, e aceitaram integrar o estudo.

A população incluiu número igual de familiares (pai, mãe ou outro).

O tipo de amostragem foi não probabilística e a técnica de amostragem foi de conveniência. Foram excluídos os adolescentes cuja obesidade esteja associada a síndromes genéticas ou patologia endocrinológica, tenham um défice cognitivo, doença psiquiátrica ou outra doença medicada com terapêutica que interfira com o peso. Foram ainda excluídos adolescentes que não estavam acompanhados por um familiar à data da colheita de dados.

Os 134 adolescentes tinham entre os 12 e os 18 anos, com obesidade ou excesso de peso à data da colheita de dados. Foram incluídos no estudo 130 adolescentes, com idade média 14,4 anos ($dp=1,71$), sendo 44,6% de rapazes. Desta amostra 98,5% tinham obesidade ou excesso de peso⁽⁸⁹⁾ e 99,2% tinham um PA \geq percentil 75⁽¹⁷⁾.

Os 134 pais (ou representantes legais) dos adolescentes tinham entre os 27 e os 76 anos à data da colheita de dados. Foram incluídos no estudo 133 pais com idade média de 44,8 anos ($dp=8,23$), 82,7% do sexo feminino, sendo 76,7% são mães. Desta amostra 78,4% tinham obesidade ou excesso de peso⁽⁸⁹⁾.

3.3. INSTRUMENTOS

3.3.1 Registos Antropométricos

Os dados antropométricos à data da consulta, nomeadamente IMC e perímetro abdominal, foram recolhidos a partir do processo clínico, através da consulta do registo feito pelo médico no mesmo dia da consulta.

1. Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC é uma medida de peso ajustado à altura, que é calculado a partir do peso medido (em kg) e altura (em metros) em quilogramas dividido pelo quadrado metros (kg/m^2). A medição do peso foi realizada com o indivíduo na posição vertical neutra, descalço e com roupas leves. A estatura foi medida com o indivíduo em posição vertical neutra, com os olhos orientados em plano horizontal (plano de Frankfurt), descalço com os pés unidos e os calcanhares encostados à parede, deslizando-se a fita métrica até ao ponto mais elevado do crânio do indivíduo.

A classificação do IMC em adolescentes foi efetuada de acordo com as curvas de percentil de IMC da OMS ⁽⁸⁹⁾ para o género e idade, em anos e meses (ANEXO I). Segundo esta classificação, foi realizada uma divisão dos indivíduos em cinco categorias: obesidade, com excesso de peso (ou pré-obesidade), com peso normal, com baixo peso e magreza.

A classificação do IMC nos familiares foi efetuada de acordo com as curvas da OMS ⁽⁸⁸⁾ (ANEXO III). De acordo com esta classificação, foi realizada uma divisão dos indivíduos em quatro categorias: obesidade, excesso de peso (ou pré-obesidade), com peso normal ou abaixo do peso normal.

2. Perímetro Abdominal (PA)

A obesidade abdominal foi estimada com base na circunferência da cintura utilizando o percentil ≥ 90 específico para o sexo e a idade, em anos.

A classificação do PA foi efetuada de acordo com as curvas de percentil de PA adaptado de Fernández, *et al* ⁽¹⁷⁾ (ANEXO II).

3.3.2 Questionário Qualidade de Vida

O questionário mobilizado para a recolha de dados foi a versão portuguesa do KIDSCREEN-10[®], validado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social ⁽²⁶⁾.

O instrumento KIDSCREEN-10[®] é uma versão reduzida do KIDSCREEN-27^c, que deriva da versão completa KIDSCREEN-52[®], do qual foram selecionados 10 itens, que constituem um instrumento unidimensional.

O KIDSCREEN-52[®] consiste num instrumento genérico, que pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação. Destina-se a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e aos seus pais, no âmbito da saúde e da doença crónica.

Pode ser aplicado por profissionais de saúde em diversos campos, nomeadamente medicina, psicologia ou enfermagem, em hospitais, estabelecimentos médicos e em escolas ⁽²⁷⁾.

Este instrumento estabelece-se com base na inclusão de dez dimensões, nomeadamente, (1) Saúde e Atividade Física, (2) Sentimentos, (3) Estado de Humor Geral, (4) Auto-percepção, (5) Tempo Livre, (6) Família e Ambiente Familiar, (7) Questões Económicas, (8) Amigos, (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem, (10) Provocação (*Bullying*) ⁽²⁷⁾.

O instrumento também pode ser utilizado com o intuito de identificar crianças em risco, em termos de saúde subjetiva sugerindo intervenções precoces. O Projeto KIDSCREEN resulta de uma colaboração a nível europeu, com aplicação e representatividade nacional e internacional ⁽²⁶⁾.

O KIDSCREEN-10[®] resulta num valor global de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVrS). Esta medida unidimensional representa um resultado global de todas as dimensões das versões KIDSCREEN maiores ⁽²⁶⁾.

Este é um instrumento transcultural a nível europeu que permite medir, monitorizar e avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes ⁽²⁶⁾.

O KIDSCREEN-10[®] é um instrumento unidimensional composto por 10 questões, reportadas à *última semana* e avaliadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, entre *nunca* e *sempre*.

3.3.3 Questionário Suporte Social

O suporte social foi avaliado através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) para Crianças e Adolescentes, aplicável em crianças e adolescentes acima dos 9 anos de idade⁽²⁹⁾.

Esta escala, composta por 12 afirmações sobre as quais os participantes devem selecionar as suas respostas numa escala de *Likert* com cinco pontos, entre *nunca* e *sempre* avalia o suporte social em duas dimensões: satisfação com o suporte social (dimensão positiva, 7 itens) e necessidade de atividades relacionadas com o suporte social (dimensão negativa, 5 itens).

Esta escala é uma versão reduzida, e adaptada para crianças e adolescentes, da Escala de Satisfação com Suporte Social para adultos⁽⁵⁷⁾.

3.3.4 Questionário Perceção sobre Educação Familiar

A perceção dos pais sobre educação familiar foi avaliada através do questionário de perceção de pais e filhos sobre educação familiar⁽⁷⁾.

Esta escala, composta por 32 afirmações sobre as quais os participantes devem selecionar as suas respostas numa escala de *Likert* com cinco possibilidades, entre *concordo totalmente* e *discordo totalmente*. Este questionário analisa a imagem que os pais têm da educação em geral, ou seja, que opinião tem os pais da educação que estão a dar aos filhos^(7,52).

3.4 PROCEDIMENTOS

O Projeto de Investigação foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa e autorizado pela Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (HSM).

A recolha dos dados decorreu no período de três meses, entre Junho e Setembro de 2013. Realizou-se às 2^{as}feiras e 6^{as}feiras no período da tarde, período durante o qual decorrem as Consultas de Obesidade Pediátrica. Os questionários foram realizados na presença da autora do projeto.

Anteriormente ao preenchimento dos questionários, os adolescentes e familiar acompanhante à data da consulta, foram devidamente informados dos objetivos da investigação, e, obteve-se o consentimento para que os dados colhidos fossem

utilizados para investigação, com a assinatura de um consentimento informado por ambas as partes (ANEXO VII).

Os questionários foram respondidos individualmente, aplicáveis em 10-15 minutos em adolescentes e familiares.

Assegurou-se a confidencialidade através da atribuição de um código.

Após a recolha dos dados, foi realizada uma verificação dos questionários incompletos ou nulos.

3.4.1 Procedimentos Estatísticos

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa informático *Windows-Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (SPSS).

O cálculo das médias e desvio padrão das variáveis contínuas foi realizado através da análise descritiva.

Para comprar as categorias de IMC, de PA, a QVrS e o suporte social entre géneros, grupos etários, bem como a idade, PA, QV e suporte social entre as categorias de IMC utilizou-se o teste ANOVA.

Efetuaram-se análises correlacionais bivariadas utilizando o Produto-Momento de *Pearson* para avaliar a correlação entre: Idade, IMC, PA, QVrS e Suporte Social.

Para comparar a perspectiva que os adolescentes têm da sua QVrS, SS (positivo e negativo) entre géneros, faixas etárias, categorias de IMC e categorias de PA utilizou-se o teste ANOVA. Também se comparou a perceção dos pais sobre EF entre géneros, faixas etárias, categorias de IMC e categorias de PA dos adolescentes.

Para determinar variáveis associadas à QVrS efetuou-se uma regressão linear múltipla, método *Stepwise* usando como variável dependente o KIDSCREEN 10[®], incluindo no modelo as seguintes variáveis independentes: num primeiro momento género, idade, percentil de IMC e PA; num segundo momento questões da ESS positivo e ESS negativo.

Para avaliar variáveis associadas ao SS positivo efetuou-se uma regressão linear múltipla método *Stepwise* usando como variável dependente as questões da ESS relativas ao SS positivo e incluindo no modelo as seguintes variáveis independentes: género, idade, percentil de IMC, PA, KIDSCREEN 10[®] e questões da ESS negativo.

Para determinar as variáveis associadas ao SS negativo efetuou-se uma regressão linear múltipla método *Stepwise* usando como variável dependente as questões da ESS relativas ao SS negativo e incluindo no modelo as seguintes variáveis independentes: género, idade, percentil de IMC,PA, KIDSCREEN 10[®] e questões da ESS positiva.

Para analisar quanto à relação entre a perceção dos pais sobre a própria EF e género, idade, percentil de IMC,PA KIDSCREEN 10[®] e questões da ESS positivo e negativo dos adolescentes, efetuou-se uma regressão linear método *Stepwise*.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A amostra é constituída por 130 adolescentes, dos quais 58 são do sexo masculino e 72 são do sexo feminino.

Tabela 1. Distribuição da amostra de adolescentes segundo género

Género	N = 130	%
Feminino	72	55,4
Masculino	58	44,6

A média de idade é de 14,4 ($dp=1,7$) anos.

Tabela 2. Distribuição da amostra de adolescentes por idades

Idade (anos)	N=130	%
11	3	2,3
12	17	13,1
13	22	16,9
14	29	22,3
15	19	14,6
16	22	16,9
17	16	12,3
18	2	1,5

A amostra foi caracterizada quanto ao IMC de acordo com as curvas de percentil de IMC da OMS ⁽⁸⁹⁾ para o género e idade. Subdividiram-se os sujeitos em quatro categorias: obesidade (percentil ≥ 97), excesso de peso (ou pré-obesidade) (percentil ≥ 85), com peso normal e abaixo do peso normal. A média de IMC é de 31,1 ($dp=5,5$) kg/m^2 .

Tabela 3. Distribuição da amostra de adolescentes segundo IMC

IMC	N=130	%
Obesidade	102	78,5
Excesso de peso	26	20,0
Peso normal	1	0,8
Abaixo do peso normal	1	0,8

O valor do PA foi avaliado em função das curvas de percentil de PA adaptado de Fernández ⁽¹⁷⁾ (ANEXO II) para o género e idade. Dividiram-se os sujeitos em três categorias: percentil ≥ 90 , percentil ≥ 75 e percentil ≥ 50 . A média de PA é de 98,1 ($dp=13,4$) cm.

Tabela 4. Distribuição da amostra de adolescentes segundo PA

PA	N=130	%
percentil ≥ 90	91	70,0
percentil ≥ 75	38	29,2
percentil ≥ 50	1	0,8

A amostra de adultos é composta por 133 pais ou representantes legais dos mesmos, dos quais 110 (82,7%) são do sexo feminino, com média de idade de 44,8 ($dp=8,23$) anos.

Tabela 5. Distribuição da amostra de pais segundo género

Género	N = 133	%
Feminino	110	82,7
Masculino	23	17,3

Tabela 6. Distribuição da amostra de pais segundo o grau de parentesco

	N=133	%
Mãe	102	76,7
Pai	18	13,5
Outro	13	9,8

A amostra também foi caracterizada quanto ao IMC. De acordo com as curvas de percentil de IMC da OMS ⁽⁸⁸⁾ para o género e idade. Subdividiram-se os sujeitos em três categorias: obesidade ($IMC \geq 30$), excesso de peso (ou pré-obesidade) ($IMC \geq 25$), com peso normal. A média de IMC foi de 30,2 ($dp=6,38$) kg/m^2 .

Tabela 7. Classificação da amostra de pais segundo o IMC

IMC	N=125	%
Obesidade	57	45,6
Excesso de peso	41	32,8
Peso normal	27	21,6

4.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Os dados sobre a QVrS colhidos estão apresentados mediante as diferentes questões do KIDSCREEN 10[®] ⁽²⁶⁾ (Anexo IV).

No estudo da QVrS, avaliou-se a consistência interna total do Kidscreen10[®]. Considerou-se o somatório do resultado de todas as respostas aos itens que

constituem o KIDSCREEN10[®]. É apresentado o nº de itens, a média obtida, o desvio padrão, o valor *Alpha de Cronbach* da amostra.

Tabela 8. Consistência interna do Kidscreen10[®]

Nº de questão	N	Média	DP	α de <i>Cronbach</i>	Média Portugal ⁽⁴²⁾
1	126	3,48	0,95		
2	126	3,78	0,81		
3	126	4,01	0,77		
4	126	4,35	0,83		
5	126	4,17	0,88		
6	126	4,21	0,86		
7	126	4,35	1,01		
8	126	4,44	0,97		
9	126	3,89	0,86		
10	126	3,89	0,97		
Somatório Kidscreen10 [®]	126	40,6	4,65	0,669	41,07

Na Tabela 8 representa-se o valor da consistência interna do somatório do resultado de todas as respostas aos itens que constituem o Kidscreen10[®] e apresenta-se o respetivo valor médio para a população portuguesa ⁽⁴²⁾.

4.3 QUESTIONÁRIO SUPORTE SOCIAL

Para avaliar o suporte social utilizou-se ESS para crianças e adolescentes ⁽²⁹⁾ (Respostas em ANEXO V).

Para a avaliação dos dados colhidos neste questionário, subdividiu-se a escala segundo duas dimensões: em Satisfação com o Suporte Social (SS positivo) e Necessidade de mais atividades associadas ao Suporte Social (SS negativo) ⁽²⁹⁾.

No estudo do SS, avaliou-se a consistência interna de cada item e total da ESSS para Crianças e Adolescentes. Considerou-se individualmente cada item e o somatório do resultado de todas as respostas aos itens que constituem o questionário. É apresentado o nº de itens, a média obtida, o desvio padrão, o valor *Alpha* (α) de *Cronbach* da amostra.

Tabela 9. Consistência interna da dimensão satisfação com o SS.

Nº de N questão	Média	DP	α de <i>Cronbach</i>	Média Portugal ⁽⁴²⁾
2	4,53	0,81		
3	4,05	0,94		
4	4,22	0,90		
5	4,09	1,12		
6	4,46	0,86		
8	4,52	0,73		
9	4,38	0,79		
Σ SS (+)	30,26	4,13	0,791	29,52

Tabela 10. Consistência interna da dimensão necessidade de mais atividades associadas ao SS.

Nº de questão	N	Média	DP	α de Cronbach	Média Portugal ⁽⁴²⁾
1	128	2,06	1,07		
7	128	2,46	1,36		
10	128	2,64	1,16		
11	128	2,32	1,12		
12	128	2,23	1,20		
Σ SS (-)	128	11,73	3,65	0,588	14,29

A consistência interna do valor médio das questões que correspondem à dimensão “satisfação com o SS” (positivo) foi de 0,791, o que confirma uma excelente consistência interna da escala. O valor de consistência interna das questões correspondentes à dimensão “necessidade de mais atividades associadas ao SS” (negativa) tem o valor médio de 0,588. Também estão representados os valores médios nacionais para as dimensões: “satisfação com o SS” e “necessidade de mais atividades associadas ao SS”.

4.4 QUESTIONÁRIO PERCEÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO FAMILIAR

No questionário direcionado aos pais foi utilizada a Escala de Perceção Sobre Educação Familiar para Pais ⁽⁷⁾, a fim de avaliar qual a sua perceção sobre as práticas educativas praticadas (respostas em ANEXO VI).

No estudo da perceção da EF, avaliou-se a consistência interna das dimensões da Escala de Perceção de Pais sobre EF.

Considerou-se o resultado de todas as respostas aos itens que constituem a escala de perceção da educação familiar. É apresentado o nº de itens, o valor médio obtido, o desvio padrão, o valor de *Alpha* de Cronbach da amostra.

Segundo Barros ⁽⁷⁾, para que não se percam alguns dados interessantes as restantes questões são consideradas individualmente, considerando dez componentes fatoriais durante a sua avaliação desta escala.

Tabela 11. Consistência interna da Escala de percepção de pais sobre educação familiar.

Nº de N questão	Média	DP	α de <i>Cronbach</i>
Dimensão 1 – Autonomia (Barros, 1996)			
1	126	2,21	1.01
2	126	2,47	1,02
3	126	1,45	0,60
4	126	1,50	0,56
5	126	1,61	0,54
6	126	2,32	0,94
7	126	1,77	0,86
16	126	2,08	1,10
Σ	126	15,43	3,25
Dimensão 2 – Amor (Barros, 1996)			
9	126	2,51	1,22
11	126	1,98	0,76
12	126	3,51	0,91
14	126	3,57	1,00
26	126	3,60	1,13
28	126	2,94	1,34

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Σ	126	18,10	3,17	
Não se enquadram em nenhuma dimensão ⁽⁷⁾				
8	126	1,87	0,99	
10	126	3,13	1,22	
13	126	4,40	0,77	
15	126	3,70	1,19	
17	126	2,64	1,04	
18	126	4,07	1,03	
19	126	3,95	1,03	
20	126	3,57	1,05	
21	126	2,07	0,88	
22	126	2,07	1,02	
23	126	2,27	0,94	
24	126	2,12	0,93	
25	126	2,98	1,33	
27	126	2,78	1,26	
29	126	2,17	0,96	
30	126	2,79	1,05	
31	126	3,06	1,03	
32	126	3,58	1,15	
Σ Total da Escala	126	86,72	9,14	0,63

A consistência interna da Escala de percepção de pais sobre educação familiar tem o valor médio de 0,63, o que confirma muito boa consistência interna da escala.

4.5 ANÁLISE CORRELACIONAL

Efetuarão-se análises correlacionais bivariadas utilizando o Produto-Momento de *Pearson* para avaliar a correlação entre a idade, o IMC, o PA, a QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e o SS.

Tabela 12. Correlação entre idade, IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS (dimensões: Σ positiva e Σ negativa).

	Idade	IMC	PA	QVrS	SS (positivo)	SS (negativo)
Idade	1	0,225*	0,189*	0,27	0,046	-0,157
IMC	0,225*	1	0,791**	-0,144	0,131	-0,005
PA	0,189	0,791**	1	-0,158	0,120	-0,083
QVrS	0,027	-0,144	-0,158	1	1,545**	-0,375**
SS positiva	0,046	0,131	0,120	0,545**	1	-0,450**
SS negativa	-0,157	-0,005	-0,083	-0,375**	-0,450**	1

*. $p < 0.05$; **. $p < 0.01$

Nas escalas de QVrS e SS positivo, a pontuação é tanto maior quanto maior o grau de QV e SS positivo, e quanto menor a pontuação de SS negativo maior o grau de SS.

Os valores de idade/IMC e QV/SS positivos e negativo não se relacionam entre si. A QVrS e o SS positivo correlaciona-se negativamente com o SS negativo ($p < 0,01$) mostrando que quando os adolescentes têm uma percepção de melhor QVrS e SS positivo o SS negativo tende a ser inversamente proporcional (**Tabela 12**).

Efetua-se análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS e desvio padrão por género e idades.

Tabela 13. Análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS e desvio padrão por género

	Rapazes		Raparigas		F	p
	M	dp	M	dp		
IMC	30,77	4,98	31,36	5,87	0,363	0,548
PA	99,32	10,61	97,20	15,29	0,799	0,373
QVrS	40,95	5,05	40,27	4,31	0,654	0,420
SSpositivo	30,08	4,64	30,41	3,68	0,187	0,666
SSnegativo	11,31	3,50	12,07	3,75	1,387	0,241

Comparando os rapazes com as raparigas quanto ao seu IMC, PA, percepção sobre a própria qualidade de vida e percepção sobre o seu suporte social (positivo e negativo), não se encontram diferenças significativas em nenhum dos campos.

Tabela 14. Análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS (e desvio padrão) por idade

	12-14 anos		15- 18 anos		F	p
	M	dp	M	dp		
IMC	30,08	5,36	32,32	5,40	5,559	0,020
PA	95,90	11,57	100,85	14,98	4,510	0,036
QV	40,34	4,95	40,86	4,27	0,379	0,539
SSpositivo	29,91	4,33	30,67	3,88	1,065	0,304
SSnegativo	12,06	3,73	11,31	3,53	1,308	0,255

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, o grupo dos 12 aos 14 anos (início da adolescência) e o grupo dos 15 aos 18 anos quanto ao seu IMC, PA, percepção sobre a própria qualidade de vida e percepção sobre o seu

suporte social (positivo e negativo), não se encontram diferenças significativas em nenhum dos campos.

Também se efetuou análise univariada do IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen 10[®]) e SS (e desvio padrão) por percentis de IMC, considerando adolescentes só excesso de peso ou obesidade ⁽⁸⁹⁾.

Tabela 15. Análise univariada da idade, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS (e desvio padrão) por percentil IMC.

	≥ 87		≥ 97		F	p
	M	dp	M	dp		
idade	14,58	1,45	14,36	1,73	0,335	0,564
PA	89,48	6,38	100,50	13,87	15,464**	0,000
QVrS	40,60	4,25	40,63	4,77	0,001	0,980
SSpositivo	29,52	4,02	30,55	4,06	1,290	0,258
SSnegativo	11,46	3,35	11,75	3,73	0,128	0,721

** . $p \leq 0,001$

Analisando a relação entre os dois grupos de percentil considerados no estudo, o grupo com percentil de IMC ≥ 85 (excesso de peso) e o grupo com percentil de IMC ≥ 97 (obesidade) ⁽⁸⁹⁾, não foram encontradas diferenças significativas quanto à perceção sobre a própria qualidade de vida e perceção sobre o suporte social (positivo e negativo). Contudo, foram encontradas diferenças significativas quanto ao percentil de PA, pelo modelo adequado [F (1,126) 15,464 $p \leq 0,001$].

Em relação aos pais (ou representantes legais) efetuou-se análise correlacional bivariada utilizando o Produto-Momento de *Pearson* para avaliar a correlação entre percentil IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]) e SS, dos adolescentes, e Σ escala de perceção para pais (EPP) sobre EF.

Tabela 16. Correlação entre percentil IMC, PA, QVrS (Σ Kidscreen10[®]), SS (dimensões: Σ positiva e Σ negativa) e Σ resultado da escala de perceção de pais sobre EF.

	EPP
IMC	-0,167
PA	-0,040
QVrS	0,027
SS positiva	0,130
SS negativa	-0,069

Mediante os dados emparelhados respetivamente, filho-acompanhante à data da consulta, verifica-se que a perceção que os pais (ou representantes legais) têm sobre a sua prática educativa relaciona-se positivamente com autoperceção global de QVrS pelos adolescentes e a noção de satisfação com o SS (positivo). Esta variável relaciona-se negativamente com maior percentil de IMC e PA dos adolescentes. Contudo, estes resultados não são estatisticamente significativos.

4.6 ANÁLISE INFERENCIAL

Para determinar variáveis associadas à QVrS dos adolescentes, efetuou-se uma regressão linear múltipla, método *Stepwise* usando como variável dependente o KIDSCREEN 10[®].

Tabela 17. Análise de Regressão para determinar fatores associados à QVrS.

Variáveis	B	t	p
PA	-0,214	-2,890	0,005
SSpositivo	0,493	5,952	0,001
SSnegativo	-0,166	-2,011	0,047

Variância explicada (R^2 ajustado) = 34,2%

O SS positivo surge como variável preditora da QVrS, justificando 34,2% da variação de resultados. Enquanto valores mais altos de SS positivo influenciam positivamente a QV dos adolescentes. Por sua vez quanto mais altos os valores de SS negativo e de

PA menor a QVrS percebida pelos adolescentes neste estudo [$F(3,119) 22,166$ $p \leq 0,001$].

Para avaliar variáveis associadas ao SS positivo efetuou-se uma regressão linear múltipla, método *Stepwise*.

Tabela 18. Análise da Regressão para determinar fatores associados ao SS positivo.

Variáveis	β	t	p
PA	0,160	2,199	0,030
Σ KIDSCREEN 10 [®]	0,465	5,952	0,000
Σ ESS negativo	-0,268	-3,446	0,001

Variância explicada (R^2 ajustado) = 37,9%

Em relação à variável percepção sobre a satisfação com o SS (positivo) dos adolescentes foi corroborada a influência positiva da percepção sobre a própria QVrS enquanto variável preditora, justificando 37,9% da variação dos resultados [$F(3,119) 25,824$ $p \leq 0,001$].

Para estimar quais as variáveis associadas à dimensão necessidade de mais apoio SS (negativo) efetuou-se uma regressão linear múltipla, método *Stepwise*.

Tabela 19. Análise da Regressão para determinar fatores associados ao SS negativo.

Variáveis	β	t	p
Σ ESS positivo	-0,456	-5,634	0,001

Variância explicada (R^2 ajustado) = 20,1%

A dimensão “necessidade de mais atividades associadas ao SS” (negativo) relacionou-se inversamente com a dimensão “satisfação com o SS” (positivo). Enquanto variável preditora justifica 20,1% da variação dos resultados [$F(1,121) 31,740$ $p \leq 0,001$].

Tabela 20. Análise da Regressão para determinar fatores associados à EPP sobre EF.

Variáveis	β	t	p
Idade dos adolescentes		0,524	0,601
Géneros adolescentes		1,425	0,157
Percentis IMC adolescentes		- 0,674	0,502
PA		- 0,781	0,437
Σ KIDSCREEN 10 [®]		- 0,492	0,624
Σ ESS positivo		1,112	0,269
Σ ESS negativo		- 0,354	0,724

Variância explicada (R^2 ajustado) = 5%

A variável Escala Percepção para Pais sobre EF explica 5% da variação dos resultados, não sendo estatisticamente significativo.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de um grupo de adolescentes obesos incluídos no programa de tratamento da obesidade da COP do HSM e compreender a influência do apoio social da família na percepção da QV. De acordo com a revisão efetuada existem outros trabalhos que avaliam este parâmetro ^(26, 66), contudo não é do nosso conhecimento a existência de qualquer estudo nacional que relacione a QVrS com o apoio social da família em adolescentes com obesidade.

Com base nos resultados obtidos, ao longo deste estudo concluiu-se que adolescentes com melhor percepção da sua QVrS possuem maior satisfação com o SS e que quanto melhor é esta mesma percepção menor é a necessidade de atividades relacionadas com o SS ($p < 0.01$). No que respeita ao IMC, PA, QvRS e SS, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros ou grupos etários. Apesar de não possuírem significado estatístico, os resultados obtidos permitiram verificar diferenças quanto ao percentil PA ⁽¹⁷⁾ quando relacionado com os percentis de excesso de peso ($IMC \geq 87$) e obesidade ($IMC \geq 97$) ⁽⁸⁹⁾. Permitiram ainda verificar que, a percepção dos pais sobre a prática educativa relaciona-se positivamente com a autopercepção global da QVrS dos adolescentes e a noção de satisfação com o suporte social e inversamente com valores de percentil de IMC e PA mais elevados. A variação positiva da QVrS é explicada em 34,2% dos casos pela satisfação com o SS. Por sua vez o PA e a necessidade de mais atividades associadas ao SS têm a influência contrária.

Na avaliação da QVrS com base no questionário Kidscreen10[®] aplicado aos adolescentes acompanhados na COP salienta-se que:

- 48,5% dos adolescentes consideram que se sentem, frequentemente ou sempre, bem e em forma;
- 62,8% dos adolescentes se sentem, frequentemente ou sempre, com energia;
- 76,9% dos adolescentes nunca ou raramente se sentem tristes. Contudo, 2,4% dos mesmos reporta sentir-se, frequentemente ou sempre, sozinho;

- 78,4% dos adolescentes afirmam ter, sempre ou frequentemente, tempo para si e, 78,5% dizem ter sido capazes de fazer atividades de que gostam, sempre ou frequentemente;
- 83,8% dos adolescentes considera ser tratado com justiça pelos seus pais, frequentemente ou sempre.

O valor médio da perceção de QVrS apresentado pelos adolescentes inquiridos é de aproximadamente 41 (40,6) na escala total (Kidscreen10[®]; Min-10,Máx-50), o que está de acordo com o valor médio da população portuguesa (41,07) ⁽⁴²⁾. No que respeita ao valor médio, estes resultados estão ainda de acordo com o observado noutros países Europeus. No que respeita às várias dimensões desta escala individualmente, os adolescentes portugueses têm, na maioria dos casos, uma maior perceção da QVrS ⁽²⁶⁾.

Um valor baixo neste instrumento reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida das crianças e adolescentes, nomeadamente família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada revela uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos ⁽²⁶⁾.

Apesar de alguns autores relatarem que a QV é inversamente proporcional ao peso ⁽⁵⁶⁾, ao investigar a relação entre a obesidade e a qualidade de vida na adolescência concluiu-se que esta não é prejudicada.

A elevada prevalência da obesidade em Portugal e a sua taxa de crescimento anual, direta ou indiretamente acompanham a diminuição da qualidade de vida dos adolescentes com excesso de peso ou obesidade comparativamente com os seus pares sem excesso de peso. Também o aumento dos custos de vida, a dificuldade de tratamento da doença e, conseqüentemente, o aumento da morbilidade e mortalidade ^(14,25, 22).

A avaliação do SS com base no questionário ESS ⁽²⁹⁾ aplicado aos adolescentes acompanhados na COP permitiu constatar que:

- 85,3% dos adolescentes refere que, mesmo em situações embaraçosas, caso precise de apoio urgente tem várias pessoas a quem recorrer, sempre ou frequentemente. Contudo, 26,4% considera que, sempre ou frequentemente, sente falta de alguém verdadeiramente íntimo que o compreenda e com quem possa desabafar acerca de assuntos íntimos;

- 91,4% considera-se satisfeito com a forma como se relaciona com a família. Dos quais 88,4% está satisfeito com a quantidade de tempo que passa com a mesma;
- 58,2% dos adolescentes estão satisfeitos com as suas atividades sociais.

Esta escala ⁽²⁹⁾ tem o objetivo de avaliar a satisfação dos adolescentes com o SS. Na análise da dimensão da satisfação com o SS os adolescentes apresentam uma média de aproximadamente 30 (Min-7,Máx-35), valor sobreponível ao da população portuguesa em geral ⁽⁴²⁾. Quanto à dimensão da necessidade de mais atividades associadas ao SS observou-se um valor de aproximadamente 12 (Min-5,Máx-25), valor inferior ao da população portuguesa em geral, que é de aproximadamente 14 ⁽⁴²⁾.

Nas escalas de QVrS e SS (positivo) a pontuação é tanto maior quanto maior o grau de QV e SS positivo, quanto menor a pontuação de SS (negativo) maior o grau de SS. Quanto à análise correlacional bivariada entre a idade e IMC, PA, QVrS (KIDSCREEN-10[®]) e SS (positivo e negativo), verificou-se que quanto melhor é a perceção dos adolescentes da sua QVrS maior é a SSS, relacionando-se inversamente com a maior necessidade de mais atividades associadas ao SS ($p < 0.01$). Por sua vez, quando os adolescentes têm uma perceção melhor da QVrS e da SSS a necessidade de mais atividades associadas ao SS é inversamente proporcional.

De acordo com Gaspar & Matos ⁽²⁶⁾ quando se analisam resultados no âmbito da saúde pública, incluindo QVrS em adolescentes, a perceção de saúde dos jovens deve ser tida em conta. Nomeadamente, saúde física, cultural, envolvimento social, suporte social, entre outros.

Os resultados observados vão ao encontro do Relatório do Estudo KIDSCREEN 2010 e 2006 ⁽⁴²⁾ que através dos resultados da análise de correlação entre as duas dimensões da escala de SSS e as dimensões do instrumento KÍDSCREEN-52[®], salienta-se a forte correlação existente entre a Dimensão de SSS e a Dimensão do instrumento KIDSCREEN-52[®] ^(28,34). Segundo este relatório ⁽⁴²⁾ os jovens que referem ter maior suporte social são os que apresentam maiores índices de qualidade de vida (Kidscreen10 total nas dimensões afetivo-emocional e cognitiva). De um modo geral os resultados apresentados sugerem que a família é percebida como a maior fonte de perceção de qualidade de vida. Neste trabalho a variação da QVrS é explicada em 34,2% dos casos pela satisfação com o SS, por sua vez o PA e a necessidade de mais atividades associadas ao SS têm influência contrária [$F(3,119) 22,166 p \leq 0,001$].

Neste estudo não se verificaram diferenças estatísticas entre géneros e grupos etários, com o IMC, o PA, a QvRS e o SS. As referências da população portuguesa em geral que também não denotam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a QV e SSS. Contudo, os adolescentes mais novos referem ter uma maior QV e as raparigas apresentam maior necessidade de mais atividades associadas ao SS ⁽⁴²⁾, ao passo que outros estudos também não encontram relação entre IMC e capacidades sociais e emocionais inferiores quando comparados com os seus pares [Swallen 2005, *cit in* ⁽²⁴⁾].

Verificam-se diferenças significativas quanto ao percentil PA ⁽¹⁷⁾ quando relacionado com percentil IMC ≥ 85 (excesso de peso) percentil de IMC ≥ 97 (obesidade) ⁽⁸⁹⁾ [F(1,126) 15,464 $p \leq 0,001$].

De acordo com Butte *et al* ⁽¹⁰⁾ os pontos de corte para excesso de peso e obesidade devem ter em conta termos de especificidade, sensibilidade e valores preditivos positivos de resultados funcionais e de saúde. O Peso, massa gorda, e a distribuição de gordura são influenciados em maior medida por fatores ambientais, embora os fatores genéticos também sejam significativos.

A variedade dos métodos aplicados e os diferentes valores de corte usados dificultam a comparação em diferentes estudos ⁽¹⁸⁾. Um grupo de estudo concordou que: a referência de crescimento do NCHS / OMS para crianças e adolescentes, os gráficos de crescimento do CDC 2000, e os pontos de corte da IOTF em idade escolar, apresentam limitações. Evidenciam ainda a necessidade de serem revistos padrões de crescimento mais adequados para aplicações clínicas e saúde pública nesta faixa etária ⁽¹⁰⁾. Reforçam também a importância de medidas de avaliação complementares aos percentis de IMC. Um outro estudo sobre prevalência de excesso de peso entre jovens de uma população específica salientou o uso de técnicas de diagnóstico de excesso de gordura corporal, tais como o PA, e observou-se que uma elevada quantidade de indivíduos, que apresentavam valores de IMC normais tinham uma acumulação excessiva de gordura na zona abdominal ⁽¹⁸⁾. Em jovens, o PA comparativamente ao IMC, fornece uma melhor avaliação do tecido adiposo visceral (medido através de ressonância magnética) enquanto o IMC é melhor a detetar tecido adiposo subcutâneo ^(8,18). O interesse por esta técnica baseia-se em estudos que associam a acumulação de tecido adiposo visceral com o aumento de riscos para a saúde e no desenvolvimento de distúrbios metabólicos [Eisenman 2006, *cit. in* ⁽¹⁸⁾]⁽²¹⁾.

Sabe-se que a imagem corporal é um aspeto relevante no desenvolvimento dos adolescentes [Havighurst *cit in* ⁽²³⁾]. Outros estudos evidenciam que excesso de peso e a obesidade na adolescência estão associados à insatisfação com a imagem corporal, a um pior estado de saúde autoavaliado, a um potencial isolamento social e à diminuição da satisfação com a vida ^(15,23,25,70). No presente estudo releva-se a expressão significativa do uso PA enquanto fator moderador.

É importante ter em conta que as crianças e adolescentes estão integrados em múltiplos contextos, dos quais se destacam a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade, e que cada um destes contextos influencia o seu desenvolvimento em geral e o processo de adaptação às CCS em particular ⁽⁷⁾.

Na medida em que um ambiente social positivo e o envolvimento das crianças e adolescentes em atividades sociais se associaram a uma melhor adaptação, os resultados deste estudo indicam a família e a escola/ grupo de pares como contextos privilegiados para esta intervenção ⁽⁶⁶⁾.

Também se observam correlações elevadas entre a Autoestima e a escala de satisfação com o suporte social e as subescalas do instrumento KIDSCREEN52© *Autopercepção e Família e Ambiente Familiar* ⁽²⁸⁾.

Em geral é positiva a imagem que os pais manifestam sobre EF ⁽⁵²⁾. No presente estudo a perceção dos pais sobre a prática educativa relaciona-se positivamente com a autopercepção global de QVrS dos adolescentes e a noção de satisfação com o SS, inversamente com valores de percentil de IMC e PA. Contudo, estes valores não têm significado estatístico. O questionário aplicado pretende analisar a imagem que os pais têm da educação em geral, incidindo em particular nos estilos educativos, avaliando os conceitos que os pais têm sobre a educação que estão a dar aos filhos ⁽⁵²⁾.

As diversas investigações sobre estilos educativos familiares nem sempre são coerentes e consistentes, podendo apresentar por vezes algumas contradições ⁽⁵²⁾, possivelmente por não atenderem exatamente à diferenciação de idade, sexo e estatuto sociocultural dos inquiridos. Uma vez que conceitos como: amor, aceitação, rejeição, controlo, autonomia, etc., são difíceis de definir rigorosamente ⁽⁵²⁾.

Os resultados obtidos com este trabalho reforçam o papel importante da satisfação com suporte social no bem-estar emocional e social das crianças e adolescentes e ilustram a importância desta escala na avaliação do bem-estar psicológico. A saúde positiva e o bem-estar são ambos afetados pelo suporte social ⁽²⁶⁾ refletindo o papel

fundamental da satisfação com o suporte social para o bem-estar psicológico e na qualidade de vida dos adolescentes, neste sentido, salienta-se a importância da promoção de relações interpessoais positivas no contexto familiar.

Segundo Oliveira ⁽⁵²⁾ os estilos educativos correlacionam-se bem com o autoconceito e com a satisfação com a vida, embora o autor não afirme uma relação causal. No entanto, podem estabelecer-se como variáveis moderadoras entre si.

No processo de reaprendizagem relacional entre pais e filhos importa salientar que a forma como o adolescente reavalia e reestrutura a sua relação com os pais são essenciais. Se aceitar que também necessita dos pais, segundo Alarcão ⁽²⁾, o adolescente tem muito mais condições de se tornar autónomo e alcançar a sua verdadeira identidade. Como refere Satir ⁽⁶²⁾, o adolescente é sucedido no processo maturativo quando sabe ser dependente, independente e interdependente, quando evidencia uma elevada autoestima e quando é capaz de ser congruente.

Os adolescentes, segundo Vaz *et al* ⁽⁸⁰⁾ não são os únicos responsáveis pelos comportamentos obesogénicos. Existem outros fatores que podem desencadear a doença, nomeadamente o contexto familiar e social em que são educados, os estilos de vida que lhes foram incutidos, aliados, frequentemente a uma forte predisposição genética. De realçar que na amostra em estudo, quase metade (45,6%) dos progenitores que acompanhavam os adolescentes à data da colheita de dados, tinham obesidade. Ademais, mais de três-quartos da amostra (78,4%) tinham excesso de peso ou obesidade. Confirma-se assim que a obesidade na adolescência não é um evento individual, acompanha sim um padrão familiar. Esta associação entre a presença de obesidade em pelo menos um dos progenitores (o que nesse dia acompanhava o adolescente à consulta) e a obesidade do adolescente, levanta a questão da oportunidade de intervenções mais amplas que aproveitem a vinda à consulta para uma intervenção mais alargada do que a mera abordagem individual do adolescente. Trabalhos futuros deveriam debruçar-se sobre modelos possíveis a utilizar.

A multiplicidade de fatores que condicionam a educação familiar é vasta e diversificada, desde fatores sociais, políticos, culturais ou religiosos, afetivo, cognitivo, entre outros ⁽⁵²⁾. Para bem educar as crianças e os adolescentes torna-se imprescindível educar os pais, a fim de garantir uma sociedade melhor no futuro ⁽⁵²⁾.

A personalidade e comportamento educativo dos pais determinam de modo decisivo o desenvolvimento sócio-afetivo e cognitivo dos filhos, e como consequência o seu bem-estar ⁽⁵²⁾. A investigação efetuada pela equipa *Tempest* demonstrou que, quanto aos padrões alimentares, os pais têm uma maior influência nos hábitos alimentares dos adolescentes que os amigos. Reforçando a importância da manutenção do papel dos pais no comportamento dos hábitos alimentares dos adolescentes ⁽⁴³⁾.

Existem ainda estudos que revelam que programas parentais podem ter efeitos benéficos ^(28,60,74). Nestes estudos é evidenciado que quando são trabalhados diversos campos, nomeadamente a dinâmica familiar, o saber lidar com doenças crónicas, a confiança dos pais nas suas competências, entre outros, surgem efeitos benéficos na QVrS. Segundo Matos *et al* ^(44,45) o estabelecimento de regras e a decisão comportamental em consonância com essas regras implica que foram pensados os momentos e as formas de agir em direção aos objetivos estabelecidos. Neste contexto, a saúde constrói-se e mantém-se com o interesse dos pais pela vida dos filhos, um apoio dos pais na autonomia e na tomada responsável de decisões, sustenta uma boa comunicação interpessoal ⁽⁴⁰⁾. Dentro do contexto das “tentações”, enquanto aliciante a comportamentos desviantes dos considerados saudáveis, as autoras referem ainda que demasiada permissividade não é benéfica para crianças e adolescentes, contudo restrições excessivas também não ^(44,45).

Face ao exposto podemos corroborar o facto de a SSS e a QVrS serem duas variáveis intimamente conectadas na população em geral, assim como nos adolescentes com obesidade. Salientando o papel dos pais em todo o processo de acompanhamento.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO/ SUGESTÕES

Tendo em conta outros estudos realizados no âmbito da QVrS ou SS em crianças e adolescentes, ou a respeito da perceção de pais e filhos a respeito das práticas educativas, informações de índole socioeconómica podem ser uma mais-valia para a contextualização e interpretação de resultados.

Ainda, poderia ter interesse colher e analisar indicadores pubertários e avaliar a imagem corporal.

No que diz respeito à avaliação da perceção parental, teria sido interessante conhecer e avaliar o nível de satisfação com a vida, podendo tratar-se de uma variável interativa e moderadora do autoconceito e da perceção educativa.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES

O cerne deste trabalho esteve em compreender a influência do apoio social da família na perceção da qualidade de vida do adolescente, através da avaliação da qualidade de vida de adolescentes obesos incluídos num programa de tratamento de obesidade. Pretendeu-se contribuir para melhorar a perceção do impacto que a obesidade tem no quotidiano destes adolescentes e permitir otimizar os cuidados que lhes são prestados.

Este estudo mostrou que tanto a QV como a satisfação com o SS representam variáveis importantes de abordagem em grupos de adolescentes com obesidade. Salienta-se também a importância da avaliação do PA enquanto fator mediador.

Os resultados apurados encontram-se de acordo com a revisão da literatura e sugerem a importância de considerar o suporte familiar como uma mais-valia na parceria de cuidados, tendo em vista a aquisição de melhores resultados no tratamento para a obesidade.

O aumento da obesidade entre as crianças indica a necessidade de novas estratégias a nível nacional e internacional, que abranjam mudança de comportamento ao nível individual e no tratamento pós avaliação. O pré-natal e os períodos da primeira infância são períodos críticos para o crescimento e desenvolvimento de um estilo de vida saudável. Nos primeiros dois anos de vida, equipas multidisciplinares de cuidados primários e centros comunitários de saúde têm várias oportunidades durante as consultas de vigilância de saúde das crianças para aconselhar os pais sobre estilos de vida saudáveis, para modelar comportamentos saudáveis, e orientar as famílias quanto aos recursos da comunidade.

Desta forma, os resultados deste trabalho poderão contribuir para perceber a dimensão desta doença, bem como, a importância em apoiar os adolescentes com maior necessidade de atividades relacionadas com o SS, a fim de privilegiar o aumento da QV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHRQ, A. f. (2013). *AHRQ*. Obtido em 26 de 12 de 2013, de www.ahrq.gov
2. Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª edição ed.). Coimbra: Quarteto.
3. Albuquerque, D., Nóbrega, C., Samouda, H., & Manco, L. (May-Jun de 2012). Assessment of Obesity and Abdominal Obesity among Portuguese Children. *Acta Médica Portuguesa*, 3, pp. 169-173.
4. Albuquerque, G. S. (2008). Processamento da linguagem no déficit de atenção e hiperatividade. *Dissertação de doutoramento não publicado*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
5. Barker, P. (2000). *Fundamentos de terapia familiar*. Lisboa: CLIMEPSI - Sociedade Médico-Psicológica, Lda.
6. Barlow, S. E., & Committee, T. E. (2007). *Expert Committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report*. Pediatrics.
7. Barros, J. H. (1996). Desenvolvimento de um questionário de percepção de pais e filhos sobre a educação familiar. *Psycologica*, pp. 119-133.
8. Brambilla P., B. G. (2006). Crossvalidation of anthropometry against magnetic resonance imaging for the assessment of visceral and subcutaneous adipose tissue in children. *International Journal of Obesity*, pp. 23-30.
9. Brandão, D. (2011). O Bem-Estar Psicológico em Indivíduos com Paralisia Cerebral e seus Cuidadores: Contributos da Auto-Eficácia, Suporte Social e Esperança. *Dissertação dedoutoramento não publicado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
10. Butte, N. F., Garza, C., & Onis, M. (2007). Evaluation of the Feasibility of International Growth Standards for School-Aged Children and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, pp. 153-157.
11. Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo da vida familiar, Uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª Edição ed.). Porto alegre, Brasil: ARTMED Editora Lda.
12. Chunara, R., Bouton, L., Ayers, J. W., & Brownstein, J. S. (2013). Assessing the Onlise Social Environmental for Surveillance of Obesity Prevalence. *PLoS ONE*, 4.

13. Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
14. DGS, D.-G. d. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
15. Dietz, W. (1998). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. . *Pediatrics*.
16. Duval, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed. ed.). Philadelphia: Lippincott.
17. Fernandéz, J., Redden, D., Pietrobelli, A., & Allison, D. (2004). (T. J. Pediatrics, Ed.) Obtido em 29 de 09 de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15480363>
18. Ferreira, F., Mota, J. A., & Duarte, J. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 1, pp. 47-54.
19. Ferreira, L. M. (2007). *Análise de Dados com SPSS - Primeiros Passos*. Lisboa: Escolar Editora.
20. Fonseca, H. (2008). *Compreender os adolescentes - Um desafio para pais e educadores* (5ª edição ed.). Lisboa: Editorial Presença.
21. Fonseca, H. (2010). Prevenção do Risco Cardiometabólico na criança e no adolescente. *Revista Factores de Risco*, pp. 58-61.
22. Fonseca, H. M.-P. (2010b). How much does overweight impact the adolescent developmental process? . *Child: care, health and development*. , 1, pp. 135-142.
23. Fonseca, H., & Matos, M. (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *European Journal of Public Health* Vol. 15, No. 3, 323–328. *European Journal of Public Health*, 15, pp. 323–328.
24. Fonseca, H., Matos, M., Guerra, A., & Gomes-Pedro, J. (2009a). Emotional, behavioural, and social correlates of missing values for BMI. *Archives of Disease in Childhood*. . *Archives of Disease in Childhood*, 94, pp. 104-109.
25. Fonseca, H., Matos, M., Guerra, A., & Gomes-Pedro, J. (2009b). Are overweight and obese adolescents different from their peers? *International Journal of Pediatric Obesity*, 4, pp. 166-174.
26. Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes, Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

27. Gaspar, T., M.G.Matos, J. R., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, pp. 47-60.
28. Gaspar, T., Matos, M., Foguet, J., Ribeiro, J., & Leal, I. (2010). Parent-child perception of quality of life: Implications for health intervention. *Journal of Family Studies*, 2, pp. 143-154.
29. Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. L., & Ferreira, A. (2009). Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for children and adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 1, pp. 360-372.
30. Gee, S., Chin, D., Ackerson, L., Woo, D., & Howell, A. (2013). Prevalence of Childhood and Adolescent Overweight and Obesity from 2003 to 2010 in an Integrated Health Care Delivery System. *Journal of Obesity*.
31. Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity – from research to practice International, *Journal Of Pediatric Obesity*. 8(2). pp. 66-76. *Journal of Pediatric Obesity*, 2, pp. 66-76.
32. Hedley, A. O. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. 16. Hedley, A.A., Ogden, C. L., Johnson C. L., Carroll, M. D., Curtin, L.R. & Flegal, K.M.(1999-2002). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults. pp. 2004-291, 2847-2850. *Jama*, pp. 2847-2850.
33. Hill, R. (1970). *Family development in three generations*. Cambridge: Mass Schenkman.
34. Leal, I., Ribeiro, J. L., Silva, I., & Marques, S. (2008). Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde era Crianças e Adolescentes. 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (2008). *Impacto da Satisfação com o Suporte Social na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde era Crianças e Adolescentes*. Porto: Organizado por Isabel Leal, José Luís Pais. Porto: Universidade do Porto.
35. Lissau, I., Overpeck, M., Ruan, W., Due, P., Holstein, B., Hediger, M., & Group, T. H.-a. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, pp. 27-33.
36. Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). 1 Socializations in the context of the family: Parent-child interaction. In O. M. Mussen (Ed.). *Handbook of Child Psychology*, vol. 4, pp. 1-101. New York, John Wiley. In O. M. Mussen (Ed.). *Handbook of Child Psychology*, 4, pp. 1-101.

37. Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS, Primeiros Passos*. Lisboa: Escolar Editora.
38. Matos, M. G., Gaspar, T., Santos, T., Tomé, G., Ferreira, M., & Social, E. A. (2013a). *O Manual Tempest*. Lisboa: FMH/UL.
39. Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
40. Matos, M., C., S., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., . . . Social, E. A. (2012a). *A saúde dos adolescentes portugueses, Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa/Cruz Quebrada: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
41. Matos, M., Gaspar, T., Simões, C., Borges, A., Camacho, I., Tomé, G., . . . Social, E. A. (2012). *Qualidade de Vida e Saúde em Crianças e Adolescentes, Relatório do estudo Kidscreen 2010 e 2006*. Lisboa, Cruz Quebrada: FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
42. Matos, M., Gaspar, T., Simões, C., Borges, A., Camacho, I., Tomé, G., . . . Social, E. A. (2012b). *Qualidade de Vida e Saúde em Crianças e Adolescentes, Relatório do estudo Kidscreen 2010 e 2006*. Lisboa, Cruz Quebrada: FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
43. Matos, M., Gaspar, T., Tomé, G., Santos, T., & Ferreira, M. (2013b). *Projeto Tempest Delphi*. Cruz Quebrada: FMH/UL.
44. Matos, M., Gaspar, T., Tomé, G., Santos, T., & TEMPEST, C. E. (2013c). *Tempeste, Enfrentando tentações: Estratégias de Autorregulação na Promoção dos Comportamentos Saudáveis dos Adolescentes*. Cruz Quebrada: FMH/UL.
45. Matos, M., Tomé, G., Santos, T., Gaspar, T., & Ramiro, L. (2013d). *RICHE: Trajetórias para a saúde da criança e do adolescente em Portugal*. Lisboa.
46. Maziak, W. W. (2008). Childhood obesity: are we missing the big picture? pp. 35-42.
47. McCullough, G. H. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281 – 290. *well-being. Psychology in the Schools*, 37, 281 – 290.
48. Nicholls, D., & Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. pp. 950-953.
49. Ochiai, H., Shirasawa, T., Ohtsu, T., Nishimura, R., Morimoto, A., Hoshiro, H., . . . Kikaze, A. (Jan de 2013). Eating Behaviors and Overweight among Adolescents: A Population-Based Survey in Japan. *Journal of Obesity*.
50. Ogden, C. F. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents 1999-2000. *JAMA*, pp. 1728-1732.

51. Oliveira, I. A., & Grávidas e Mães Adolescentes, C. e.-2. (2012). Grávidas e Mães Adolescentes, Coping e da qualidade de Vida Familiares. *MOSAICO*, pp. 10-24.
52. Oliveira, J. B. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Livraria Almedina.
53. Parizková, J., Rovillé-Sausse, F., & Molnár, D. (May de 2013). Interdisciplinary Aspects of Childhood Obesity and Physical Fitness. *Journal of Obesity*.
54. Peças, M., & Rego, C. (2012). *Crescer para cima – Prevenção e tratamento da obesidade infantil*. Lisboa: Marcador.
55. Pereira, A. (2006). *SPSS Guia Prático de Utilização, Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. (6ª edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
56. Pratt, K. L. (2013). *Quality of life and BMI changes in youth participating in an integrated pediatric obesity treatment program*. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710490/>
57. Ribeiro, P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), pp.547-558. *Análise Psicológica*, 17, pp. 547-558.
58. Sampaio, D., & Gameiro, J. (1998). *Terapia Familiar* (4ª edição ed.). Porto: Edições Afrontamento.
59. Santos, A. (2003). O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos e Contextos*, pp. 1-10.
60. Santos, T. M. (2013). Estilos Parentais e desenvolvimento positivo em crianças e jovens com doença crónica. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente.*, 4, pp. 187-204.
61. Saraceno, C. (1992). *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa.
62. Satir, V. (1997). *Nuevas relaciones humanas en el nucleo familiar* (8ª edição ed.). México: Edição Original.
63. Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *The Journal of Abnormal and Social Psychology.*, pp. 226-235.
64. Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família* (1ª ed.). Lisboa: Terramar - Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda.
65. Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar - Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda.
66. Silva, N., Santos, S., Carona, C., Crespo, C., & Canavarro, M. (2012). Apoio Social e qualidade de Vida em crianças e adolescentes: o papel moderador da gravidade da asma. *Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

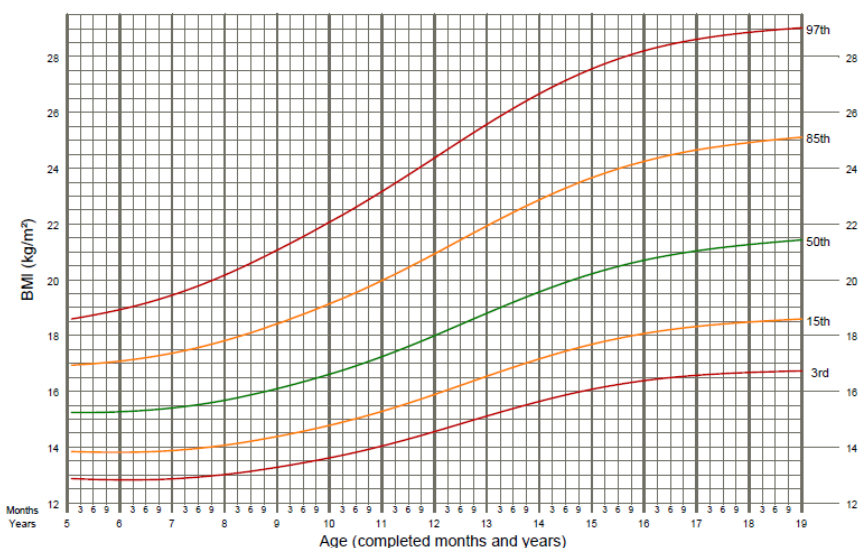
67. Skinner, A. C., & Foster, E. M. (2013). Systems Science and Childhood Obesity: A Sistematic Review and New Directions. *Journal of Obesity*, pp. 1-10.
68. Skok, A., Harvey, D., & Reddihough, D. (2006). Perceived stress, perceived social support, and wellbeing among mothers of school-aged children with cerebral palsy. . *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31 (1), 53–57.
69. Souza, A. (2012). Obtido de Construindo movimentos para o fortalecimento da família.: <http://ojs.c3sl.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7982/562>
70. Strauss, R. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105-115.
71. Sylvetsky, A. C., Hennink, M., Comean, D., Welsh, J. A., Hardy, T., Matzigkeit, L., . . . Vos, M. B. (June de 2013). Youth Understanding of Health Eating and Obesity: A Focus Group Study. *Journal of Obesity*.
72. T. K. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents*. Germany: Pabst Science Publishers.
73. Thomas, C. L. (2000). *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. Loures: Lusodidacta Limitada.
74. Tomé, G. C. (2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 4, pp. 747-757.
75. Tomé, G., Camacho, I., M.G.Matos, & Diniz, A. (2011). A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 4, pp. 747-757.
76. Tomé, G., Matos, M., Camacho, I., Simões, C., & Diniz, J. (2012). Portuguese adolescents: the importance of parents and peer groups in positive health. *Spanish Journal of Psychology*, 3, pp. 1315-1324.
77. Treviño, R. P., Pham, T. H., & Edelstein, L. (2013). Obesity and Preference-Weighted Quality of Life of Ethnically Diverse Middle School Children: The Healthy Study. *Journal of Obesity*.
78. Vasconcelos, P. (2005). Redes Sociais de Apoio. In K. Wall, *Famílias em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
79. Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York: Praeger. .
80. Vaz, A., Silva, D., Rego, C., & Viana, V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de Obesidade. *Revista Alimentação Humana*, 2, pp. 31-36.

81. Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências .
82. Wamba, P. C., Oben, J. E., & Cianflone, K. (2013). Prevalence of Overweight, Obesity, and Thinness in Cameroon Urban Children And Adolescents. *Journal of Obesity*.
83. Whitaker, R. W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine* , pp. 869-73.
84. Whitlock, E., O'Conner, E., Williams, S., Beil, T., & Lutz, K. (2010). Effectiveness of Primary Care Interventions for Weight Management in Children and Adolescents: An Updated, Targeted Systematic Review for the USPSTF. *Evidence Synthesis*.
85. WHO, W. H. (1994). *Quality of life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization .
86. WHO, W. H. (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
87. WHO, W. H. (1999). *Programming for adolescent health and development*. Geneva: World Health Organization.
88. WHO, W. H. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, pp. 157-163.
89. WHO, W. H. (2007). *WHO*. Obtido de http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html
90. WHO, W. H. (2012). *Childhood obesity*. Geneva: World Health Organization .
91. WHO, W. H. (2012). *Childhood Obesity Prevention*. Geneva: World Health Organization.
92. Wiley, A. F. (s.d.). Family and Individual Predictors of Physical Activity for Older Mexican Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, pp. 222-224.

ANEXO I – PERCENTIS DE IMC PARA RAPARIGAS E RAPAZES ENTRE OS 5 E OS 9 ANOS

BMI-for-age GIRLS

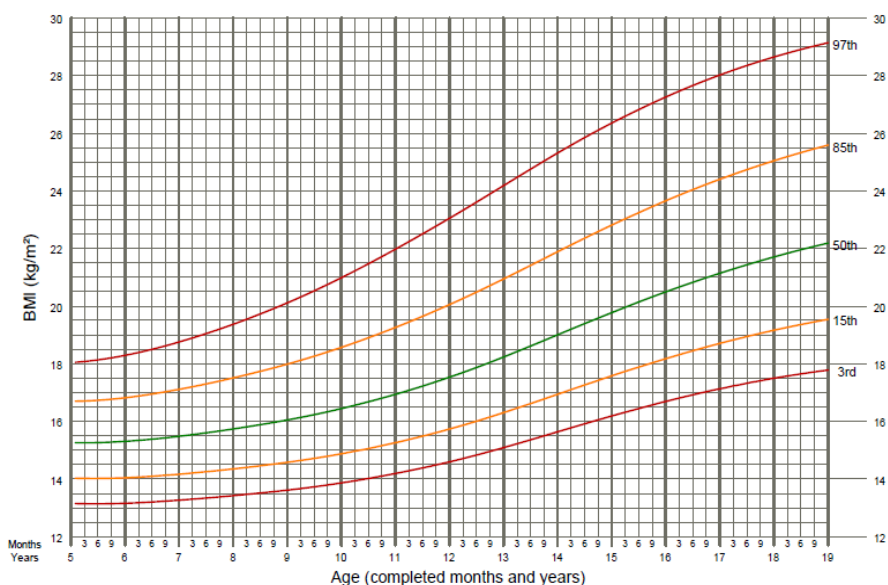
5 to 19 years (percentiles)



Fonte: Adaptado de OMS, 2007.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Fonte: Adaptado de OMS, 2007.

ANEXO II – PERCENTIS DE PERÍMETRO ABDOMINAL

	Percentile for boys					Percentile for girls				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
Intercept	39.3	43.2	42.9	43.3	43.8	39.9	41.8	43.6	45.0	46.8
Slope	1.8	1.9	2.1	2.6	3.4	1.6	1.7	1.9	2.3	2.9
Age (y)										
2	42.9	46.9	47.1	48.6	50.6	43.1	45.1	47.4	49.6	52.5
3	44.7	48.8	49.2	51.2	54.0	44.7	46.8	49.3	51.9	55.4
4	46.5	50.6	51.3	53.8	57.4	46.3	48.5	51.2	54.2	58.2
5	48.3	52.5	53.3	56.5	60.8	47.9	50.2	53.1	56.5	61.1
6	50.1	54.3	55.4	59.1	64.2	49.5	51.8	55.0	58.8	64.0
7	51.9	56.2	57.5	61.7	67.6	51.1	53.5	56.9	61.1	66.8
8	53.7	58.1	59.6	64.3	71.0	52.7	55.2	58.8	63.4	69.7
9	55.5	59.9	61.7	67.0	74.3	54.3	56.9	60.7	65.7	72.6
10	57.3	61.8	63.7	69.6	77.7	55.9	58.6	62.5	68.0	75.5
11	59.1	63.6	65.8	72.2	81.1	57.5	60.2	64.4	70.3	78.3
12	60.9	65.5	67.9	74.9	84.5	59.1	61.9	66.3	72.6	81.2
13	62.7	67.4	70.0	77.5	87.9	60.7	63.6	68.2	74.9	84.1
14	64.5	69.2	72.1	80.1	91.3	62.3	65.3	70.1	77.2	86.9
15	66.3	71.1	74.1	82.8	94.7	63.9	67.0	72.0	79.5	89.8
16	68.1	72.9	76.2	85.4	98.1	65.5	68.6	73.9	81.8	92.7
17	69.9	74.8	78.3	88.0	101.5	67.1	70.3	75.8	84.1	95.5
18	71.7	76.7	80.4	90.6	104.9	68.7	72.0	77.7	86.4	98.4

Fonte: Adaptado de Fernández *et al*, 2004

ANE XO III – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE IMC PARA ADULTOS

Classificação	IMC (kg/m ²)
Magreza	<18,50
Normal	18,50-24,99
Excesso de peso	≥25,00
Obesidade	≥30,00

Fonte: Adaptado de WHO, 2004

ANEXO IV – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO KIDSCREEN 10

Questão 1 – Tens-te sentido bem e em forma?

Da amostra de adolescentes em questão, 48,5% consideram que se sentem, frequentemente ou sempre, bem e em forma.

Tabela 21. Resposta à questão: Tens-te sentido bem e em forma?

	Frequência	%
Nunca	3	2,3
Raramente	13	10,0
Algumas vezes	51	39,2
Frequentemente	43	33,1
Sempre	20	15,4
Total	130	100

Questão 2 – Sentiste-te cheio(a) de energia?

Cerca de Sessenta e três (62,8) por cento dos adolescentes sentem-se, sempre ou frequentemente, com energia.

Tabela 22. Resposta à questão: Sentiste-te cheio(a) de energia?

	Frequência	%
Raramente	5	3,9
Algumas vezes	43	33,3
Frequentemente	55	42,6
Sempre	26	20,2
Total	129	100

Questão 3 – Sentiste-te triste?

Aproximadamente, setenta e sete (76,9) % dos adolescentes diz, nunca ou raramente, sentir-se triste.

Tabela 23. Resposta à questão: Sentiste-te triste?

	Frequência	%
Nunca	36	27,7
Raramente	64	49,2
Algumas vezes	26	20,0
Frequentemente	4	3,1
Total	130	100

Questão 4 – Sentiste-te sozinho?

Cerca de dois (2,4) % dos adolescentes reporta sentir-se, frequentemente ou sempre, sozinho.

Tabela 24. Resposta à questão: Sentiste-te sozinho?

	Frequência	%
Nunca	70	54,3
Raramente	39	30,2
Algumas vezes	17	13,2
Frequentemente	2	1,6
Sempre	1	0,8
Total	129	100

Questão 5 e 6 – Tiveste tempo suficiente para ti próprio? Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?

Relativamente ao tempo livre, mais de dois terços (78,4%) dos adolescentes afirmam ter, sempre ou frequentemente, tempo para si próprio e 78,5% dizem ter sido capazes de fazer atividades de que gosta, sempre ou frequentemente.

Tabela 25. Resposta à questão: Tiveste tempo suficiente para ti próprio?

	Frequência	%
Nunca	2	1,6
Raramente	2	1,6
Algumas vezes	21	16,5
Frequentemente	48	37,8
Sempre	54	42,5
Total	127	100

Tabela 26. Resposta à questão: Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?

	Frequência	%
Nunca	1	0,8
Raramente	2	1,5
Algumas vezes	25	19,2
Frequentemente	43	33,1
Sempre	59	45,4
Total	130	100

Questão 7 – Os teus pais trataram-te com justiça?

A maioria (83,8%) dos adolescentes considera ser tratado com justiça pelos seus pais, frequentemente ou sempre.

Tabela 27. Resposta à questão: Os teus pais trataram-te com justiça?

	Frequência	%
Nunca	5	3,9
Raramente	3	2,3
Algumas vezes	12	9,3
Frequentemente	32	24,8
Sempre	77	59,7
Total	129	100

Questão 8 – Divertiste-te com os teus amigos (as)?

Aproximadamente oitenta e quatro (83,9) por cento dos adolescentes consideram divertir-se, sempre ou frequentemente, com os seus amigos.

Tabela 28. Resposta à questão: Divertiste-te com os teus amigos (as)?

	Frequência	%
Nunca	3	2,3
Raramente	4	3,1
Algumas vezes	14	10,8
Frequentemente	21	16,2
Sempre	88	67,7
Total	130	100

Questão 9 e 10 – Foste bom aluno(a) na escola? Sentiste-te capaz de prestar atenção?

Mais de dois terços (67%) dos adolescentes consideram ser, sempre ou frequentemente, bom aluno, e 63,6 % sente-se capaz de prestar atenção, sempre ou frequentemente.

Tabela 29. Resposta à questão: Foste bom aluno(a) na escola?

	Frequência	%
Raramente	6	4,6
Algumas vezes	37	28,5
Frequentemente	53	40,8
Sempre	34	26,2
Total	130	100

Tabela 30. Resposta à questão: Sentiste-te capaz de prestar atenção?

	Frequência	%
Nunca	2	1,6
Raramente	7	5,4
Algumas vezes	38	29,5
Frequentemente	41	31,8
Sempre	41	31,8
Total	129	100

ANEXO V - RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SUPORTE SOCIAL

Tabela 31. Resposta à questão: Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostava.

	Frequência	%
Nunca	47	36,7
Raramente	44	34,4
Algumas vezes	23	18,0
Frequentemente	10	7,8
Sempre	4	3,1
Total	128	100

Tabela 32. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.

	Frequência	%
Raramente	5	3,9
Algumas vezes	10	7,8
Frequentemente	26	20,2
Sempre	88	68,2
Total	129	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 33. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.

	Frequência	%
Raramente	7	5,4

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Algumas vezes	31	24,0
Frequentemente	38	29,5
Sempre	53	41,1
Total	129	100

Tabela 34. Resposta à questão: Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.

	Frequência	%
Nunca	2	1,6
Raramente	3	2,3
Algumas vezes	19	14,8
Frequentemente	44	34,4
Sempre	60	46,9
Total	128	100

Tabela 35. Resposta à questão: Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.

	Frequência	%
Nunca	5	3,9
Raramente	9	7,0
Algumas vezes	18	14,0
Frequentemente	36	27,9
Sempre	61	24,3
Total	129	100

Tabela 36. Resposta à questão: Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.

	Frequência	%
Nunca	1	0,8
Raramente	4	3,1
Algumas vezes	14	10,9
Frequentemente	26	20,2
Sempre	84	65,1
Total	129	100

Tabela 37. Resposta à questão: Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.

	Frequência	%
Nunca	42	32,6
Raramente	32	24,8
Algumas vezes	21	16,3
Frequentemente	21	16,3
Sempre	13	10,1
Total	129	100

Tabela 38. Resposta à questão: Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família

	Frequência	%
Nunca	1	0,8
Raramente	1	0,8

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Algumas vezes	9	7,0
Frequentemente	36	28,1
Sempre	81	63,3
Total	128	100

Tabela 39. Resposta à questão: Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.

	Frequência	%
Nunca	1	0,8
Raramente	2	1,6
Algumas vezes	12	9,3
Frequentemente	44	34,1
Sempre	70	54,3
Total	129	100

Tabela 40. Resposta à questão: Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.

	Frequência	%
Nunca	24	18,6
Raramente	36	27,9
Algumas vezes	39	30,2
Frequentemente	20	15,5
Sempre	10	7,8
Total	129	100

Tabela 41. Resposta à questão: Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.

	Frequência	%
Nunca	38	29,5
Raramente	37	28,7
Algumas vezes	35	27,1
Frequentemente	14	10,9
Sempre	5	3,9
Total	129	100

Tabela 42. Resposta à questão: Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos escuteiros, partidos políticos, etc.)

	Frequência	%
Nunca	47	36,4
Raramente	34	26,4
Algumas vezes	28	21,7
Frequentemente	13	10,1
Sempre	7	5,4
Total	130	100

ANEXO VI – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO FAMILIAR

Dimensão 1 – Autonomia

Tabela 43. Resposta à questão 1: Na educação dos filhos sou mais compreensivo do que rigoroso.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 44. Resposta à questão 2: Na educação uso mais os prémios (elogios, etc.) do que castigos (repreensões, etc.).

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Tabela 45. Resposta à questão 3: Dialogo com os filhos sobre os seus problemas.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 46. Resposta à questão 4: Quando proíbo qualquer coisa aos filhos, explico as razões.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 47. Resposta à questão 5: Ouço a opinião dos filhos sobre o que lhes diz respeito.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 48. Resposta à questão 6: Quando dou uma ordem aos filhos, aceito que eles a possam contestar.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 49. Resposta à questão 7: Se os pais castigam os filhos sem razão, devem pedir-lhes desculpa.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 50. Resposta à questão 16: Educo os meus filhos mais pelo amor do que pelo temor.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Dimensão 2 – Amor

Tabela 51. Resposta à questão 9: Educo de modo diferente os filhos conforme a sua idade.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 52. Resposta à questão 11: À medida que os filhos vão crescendo, deixo que sejam eles a escolher a roupa que hão-de vestir.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 53. Resposta à questão 12: É mais fácil educar as raparigas do que os rapazes.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 54. Resposta à questão 14: O pai tende a ser mais compreensivo com as filhas e a mãe com os filhos.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 55. Resposta à questão 26: Se hoje tivesse de recomeçar a educação dos filhos, mudaria de método.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 56. Resposta à questão 28: A educação que dou aos meus filhos é melhor do que a que recebi dos meus pais.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Segundo Barros (1996) para que não se perdessem alguns dados interessantes as restantes questões são consideradas individualmente, uma vez que para esta escala considerou dez componentes fatoriais durante a sua avaliação.

Tabela 57. Resposta à questão 8: Os meus filhos abrem-se mais com a mãe do que com o pai.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 58. Resposta à questão 10: Quando os filhos casam, os pais deixam de ser responsáveis por eles.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 59. Resposta à questão 13: Deixo frequentemente os filhos pequenos em casa.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 60. Resposta à questão 15: A educação dos filhos, sobretudo nos primeiros anos, compete essencialmente à mãe.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 61. Resposta à questão 17: As discussões e pequenos problemas entre irmãos, é melhor que sejam resolvidos por eles mesmos, sem a intervenção constante dos pais.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 62. Resposta à questão 18: Se eu fosse rico, educaria de uma forma diferente.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 63. Resposta à questão 19: Se fosse mais novo educaria de forma diferente.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 64. Resposta à questão 20: Sou mais compreensivo com os filhos mais novos do que com os mais velhos.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 65. Resposta à questão 21: Em nossa casa entendemo-nos bem quanto à educação dos filhos.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 66. Resposta à questão 22: Quando um de nós está a castigar um filho, o outro não interfere.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 67. Resposta à questão 23: Se houvesse um curso para educadores, gostaria de participar.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 68. Resposta à questão 24: Acho que é mais importante para ser bom educador a experiência do que a teoria.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 69. Resposta à questão 25: Basta amar os filhos para educar bem.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 70. Resposta à questão 27: Educar é hoje mais difícil do que há anos atrás.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 71. Resposta à questão 29: Sou otimista quanto ao futuro dos meus filhos.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 72. Resposta à questão 30: Se tivesse um filho que se drogasse, reagiria mal.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 73. Resposta à questão 31: Se uma filha engravidasse antes de casar, eu ficaria alarmado.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3
Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

Tabela 74. Resposta à questão 32: Aceito que os meus filhos fumem.

	Frequência	%
Concordo totalmente	3	2,3

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e a sua relação com o suporte parental

Concordo	13	10,0
Indeciso	51	39,2
Discordo	43	33,1
Discordo totalmente	20	15,4
Total	130	100

ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO



Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Mestrado em Saúde do Adolescente



CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que tendo sido devidamente informado/a dos objetivos do estudo “Obesidade na Adolescência: qualidade de vida dos adolescentes incluídos num programa de redução de peso e sua relação com o suporte social”, consinto que os dados que irei fornecer nesse âmbito sejam utilizados para investigação.

(Nome)

Data: ____/____/2013